Nr. 10. 8. marca 1936 Rok XV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Aleksandra MITRINOWICZOWA. Warszawa.
Asyst. Kliniki.

Funkcjonalne metody badania krtani [1]).

Film dźwiękowy jako metoda badania głosu.

Z Kliniki Oto-Laryngologicznej Uniw. J. P. w Warszawie.
Dyrektor: Prof. Dr. Erbrich.

Rozpoznanie schorzeń funkcjonalnych jest niełatwe i w większości przypadków nastręcza wiele wątpliwości i zmusza do poszukiwań możliwie dokładnych metod badania klinicznego. Cierpienia funkcjonalne jakkolwiek w objawach swych zmienne i do pewnego stopnia nieuchwytne, ukazują jednak w bliższej obserwacji pewną stałość niektórych zaburzeń. Badanie głosu zapomocą bardziej pewnych niż dotąd metod może się przyczynić do rozpoznania dokładnego niektórych czynnościowych schorzeń krtani, a tem samem i do ich skuteczniejszego leczenia. Dotyczy to zwłaszcza schorzenia czynnościowego krtani znanego pod nazwą *fonastenji.* Przez fonastenję czyli funkcjonalną słabość głosu, rozumiemy te formy upośledzenia głosu, w których niema istotnego uszkodzenia w aparacie głosowym, któreby tłómaczyło istniejące zaburzenia głosu. Dotyczy to zarówno mięśniowego jak i nerwowego aparatu krtani.

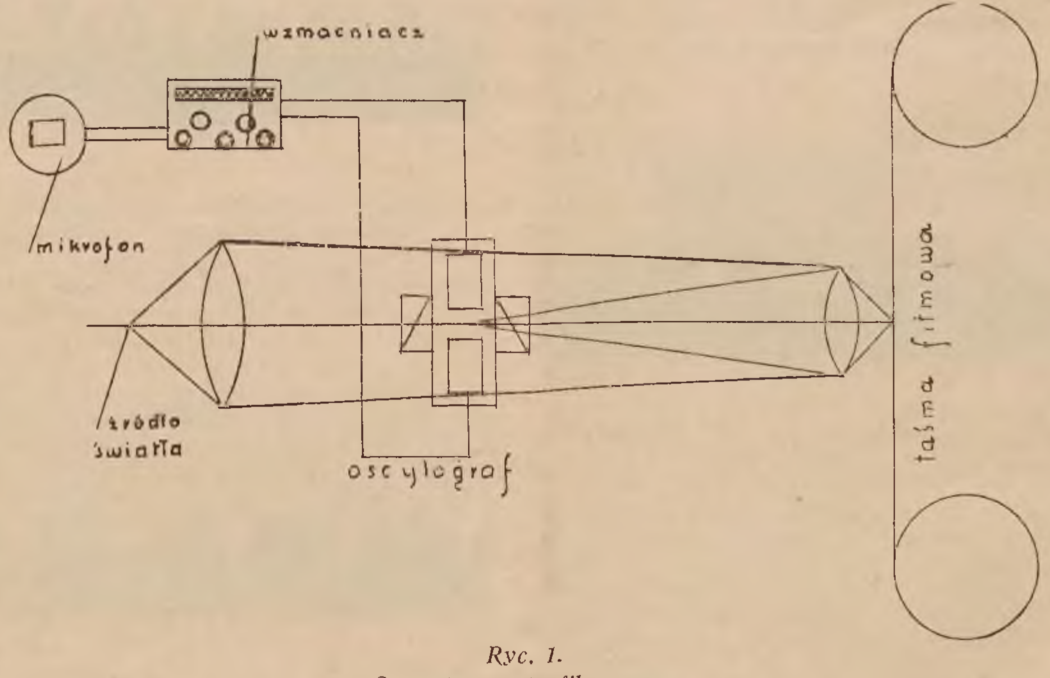
przyjęte metody oglądania krtani t. zw. laryngoskopji nie prowadzą do rozpoznania fonastenji. Natomiast metody badania krtani czynnościowe, a przedewszystkiem metoda zapomocą filmów, odtwarzających fale głosowe, oddaje znaczne usługi w przypadkach fonastenicznych zaburzeń głosu. Na zjeździe fonetycznym w Londynie, odbytym w lipcu b. r. uznano metodę filmowania głosu za najodpowiedniejszą metodę badania funkcjonalnych zaburzeń głosu.

Istnieje dość dużo systemów rejestrowania dźwięków. W naszym przypadku posługiwaliśmy się *metodą amplitudową,* dzięki uprzejmej pomocy firmy „Ol-W-Ton-Film".

Metoda ta polega na tem, że fala głosowa, rozchodząca się ze źródła dźwięków, uderza o błonę mikrofonu powodując jej drganie. Patrz ryc. 1.

Badany staje przed mikrofonem i mówi. Drgania błony zamieniają się w polu elektromagnetycznem mikrofonu na drgania elektromagnetyczne. Są one naturalnie bardzo nikłe i niezdatne do rejestracji, toteż muszą być odpowiednio wzmocnione. Wzmacnianie tych fal odbywa się zapomocą odpowiednich przyrządów, zbudowanych na zasadzie lamp katodowych. W odpowiedni sposób wzmocnione elektromagnetyczne fale uderzają o zwierciadełko oscylografu. Są one już na tyle silne, że dają dostateczną energię do wywołania wahań zwierciadełka oscylografu.

Konstrukcja oscylografu polega na tem, że w polu elektromagnetycznem znajduje się cieniutka pętlica, do której przytwierdzone jest małe lusterko. Płynące ze wzmacniacza fale



Ryc. 1.
Szemat aparatu filmowego.

Prawie zawsze w przypadkach fonastenji anatomiczny obraz krtani nie wykazuje wyraźnych odchyleń od normy. Spotykane sowa krtani u chorego dotkniętego fonastenją powoduje nadsowych lub nieznaczne zgrubienie nabłonka na ich powierzchni uważać należy za zmiany następcze, powstałe na skutek większego wysiłku aparatu mięśniowego krtani. Wzmożona czynność głosowa krtani u chorego dotkniętego fonastenją powoduje nadmierne zaciskanie strun głosowych, co może prowadzić do przemijającego przekrwienia błony śluzowej, ustępującego zwykle po kilkudniowym odpoczynku głosowym. Jak widzimy w cierpieniu, o którem mowa, badanie anatomiczne krtani daje obraz niejasny i niezdolny do wyjaśnienia patologji tego cierpienia. Ogólnie

wzbudzają w polu elektromagnetycznem prąd zmiennego natężenia, który powoduje oscylację zwierciadełka. Zwierciadełko wykonuje zatem ruchy t. j. wychylenia odpowiadające natężeniu napływających fal elektromagnetycznych. Naprzeciw lusterka umieszczone jest źródło światła, rzucające na zwierciadełko oscylografu wiązkę promieni, odbijających się od zwierciadełka padających pod odpowiednim kątem na diafragmę filmową, w której znajduje się wąska szczelina. Poza szczeliną biegnie taśma filmowa. Promień świetlny, padając na światłoczułą powłokę filmu, powoduje jej sczernienie. Amplituda strumienia świetlnego, to jest wychylenie wiązki świetlnej, padającej na taśmę filmową, zależna jest od wahań zwierciadełka, wahania natomiast od natężenia prądu, płynącego do pętlicy. Natężenie w końcu tego prądu jest wyrazem drgań błonki mikrofonu, o czem na początku była mowa. Amplituda filmowa jest zatem wyrazem amplitudy głosowej.

[1]) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Kongresu Fonetycznego w Londynie dnia 26 lipca 1935 r. i w Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem dnia 19 listopada 1935 r.

Zamieszczone poniżej zapisy głosowe, otrzymano drogą filmu głosowego (powiększenie 10-krotne). (Ryc. 2.).

Celem przeprowadzenia analizy głosu badani przez nas chorzy wymawiali przed mikrofonem samogłoski: a, o, u, e, i t. d. aby mieć możność porównania obrazów patologicznych z obrazami otrzymanemi u osób zdrowych, robiliśmy także drogą zapisywania filmowego analizę głosu normalnego przy wymawianiu samogłosek.

Poniżej zamieszczone wykresy dotyczą:

1) głosu osoby zdrowej z normalną funkcją krtani,

2) głos w przypadku głuchoniemoty wrodzonej,

3) głos w przypadku głuchoniemoty nabytej, po przebytem zapaleniu opon mózgowych,

4) głos chorej dotkniętej fonastenją t. j. cierpieniem funkcjonalnem krtani.

Zamieszczone wykresy pozwalają nam analizować krzywe głosu zarówno w stanach fizjologicznych jak i patologicznych; są one otrzymane drogą filmu głosowego (powiększenie 10-krotne). (Ryc. 2).



Ryc. 2.
A. M., l. 36. Brak odchyleń od normy. Dźwięk „u". Powiększenie 10-krotne; film amplitudowy.

Na powyższej krzywej obserwujemy falę głosową charakteryzującą się wybitną regularnością i jednakim rytmem.

Poszczególne fale mają tę samą wysokość amplitudy i ten sam czas trwania.



Ryc. 3.
A. M., l. 36. Brak odchyleń od normy. Dźwięk „e". Powiększenie 10-krotne; film amplitudowy.

Na powyższej krzywej obserwujemy falę głosową, której cechą charakterystyczną jest strome podnoszenie się fali oraz bogata wibracja ramienia zstępującego.

Poniżej przedstawimy filmy głosowe przy wymawianiu tych samych samogłosek a więc „u" i „e" u chorej, której mowa spowodu wrodzonej głuchoty jest znacznie zmieniona. (Ryc. 4 i 5).



Ryc. 4.
K. G., lat 24. Rozpoznanie: Głuchoniemota wrodzona. Dźwięk „u". Film amplitudowy (powiększenie 10-krotne).

Oba wykresy głosu ryc. 4 i ryc. 5 mają jedną cechę wspólną mianowicie: są prawie identyczne. W przypadku głuchoniemoty wrodzonej zróżnicowanie głosu jest niewielkie. Pozatem amplituda głosu jest bardzo wysoka, szczyt krzywej jest ostro zazębiony: rysunek krzywej natomiast jest jednolity i prymitywny. Składa się nań wielokrotnie powtarzający się stożek.

Badanie tych krzywych wykazuje i tłómaczy, dlaczego głos głuchoniemych jest monotonny, pozbawiony barwy i eksplozyjny, gdyż głuchoniemy wyrzuca poszczególne fale głosowe podczas fonacji, przyczem wydychane powietrze nie zostaje zamienione na wibrującą falę. Bardzo pouczającym jest film następny. Przedstawia on rejestrację głosu u chorej, która przed pięciu laty straciła słuch po przebytem zapaleniu opon mózgowych.



Ryc. 5.
K. G., lat 24. Rozpoznanie: Głuchoniemota wrodzona. Dźwięk „e". Film amplitudowy (powiększenie 10-krotne).

Pacjentka liczy obecnie lat 9. W czwartym roku życia przeszła zapalenie opon mózgowych z następową utratą słuchu. Bystrość słuchowa dla szeptu wynosi: po stronie prawej 50 cm, po stronie lewej 0 cm. Utrata słuchu w młodym wieku prowadzi do powolnego zaniku mowy. Mowa staje się podobną do mowy głuchoniemych; fala głosowa staje się coraz bardziej prymitywna i pozbawioną wibracji. Obserwujemy to na ryc. 6, pochodzi ona z rejestracji „u" u naszej chorej. Widzimy tu przejście fal głosowych w prymitywne stożki. Amplituda jest wyraźnie powiększona jako wyraz wzmożonej siły głosu.



Ryc. 6.
J. Ch., lat 9. Rozpoznanie: Głuchoniemota nabyta. Film amplitudowy. Powiększenie 10-krotne. Dźwięk „u".

Następne dwa wykresy ryc. 7 i ryc. 8 dotyczą głosu w czasie wymawiania dźwięku „u" u osoby dotkniętej fonastenją (Ryc. 7).



Ryc. 7.
L. Z., lat 24. Rozpoznanie: Phonasthenia. Film amplitudowy (powiększenie 10-krotne). Dźwięk „u".

Widzimy tu krzywą głosową, w której każda poszczególna fala jest różną od poprzedniej. Co do kształtu amplitudy widzimy, że wysokość poszczególnych amplitud jest różnorodną jak również i czas trwania poszczególnych fal jest różny. Widzimy na załączonym rysunku fale wysokie i niskie, fale długie i krótkie: brak wszelkiej regularności i rytmu w wibracji strun głosowych jest uderzający. (Ryc. 8).

Charakterystyczną cechą kształtu tej amplitudy w porównaniu z amplitudą głosu normalnego przy wymawianiu dźwięku „e" jest występowanie grubych fal i brak delikatnych wibracyj widocznych na ryc. 3, pochodzącej z zapisywania głosu osoby normalnej.

Film głosowy w wyżej wymienionej sprawie chorobowej wykazuje jeszcze inne objawy mianowicie: przy wymawianiu poszczególnych dźwięków krzywa głosu początkowo przypomina krzywą normalną, dopiero po kilkunastu falach normalnych, zja-

wiają się fale zmienione. To zjawisko powstawania fal nieregularnych albo fal grubych nie występuje stale; niewątpliwie jednak towarzyszy okresom, w których subjektywne skargi chorego oraz objektywna zmiana głosu występują wyraźnie. Co się tyczy subjektywnych skarg chorego, to według F l a t a u'a dzielimy je na hiper i parestezje. Hiperestezje objawiają się jako bóle występujące, bądźto w okolicy krtani, bądźto w okolicy karku lub piersi, a nawet w jamie nosowej (F r ö s c h e l s). Chorzy opisują ten ból, jako uczucie palenia, krajania nożem. Parestezje natomiast cechują się bądź uczuciem zalegania śluzu w krtani, mimo, że badanie laryngoskopowe nie stwierdza jego obecności, bądź też uczuciem zasychania w krtani, łaskotania, swędzenia, mrowienia i t. p.



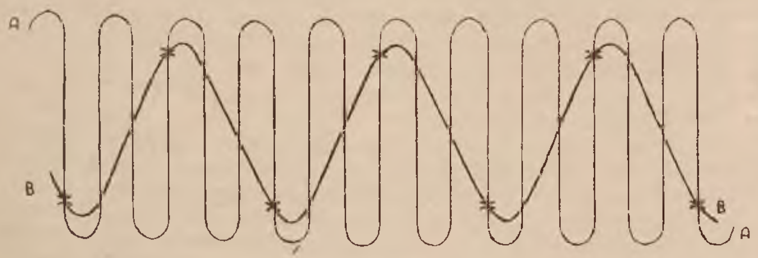
Ryc. 8.
L. Z., lat 24. Rozpoznanie: fonastenja. Dźwięk „e". Film amplitudowy (powiększenie 10-krotne).

Co się tyczy zmian głosu trzeba wymienić łatwość nużenia się głosu i obniżenie skali głosowej, to jest upośledzenie drgań w wysokiej tonacji. Chorzy dotknięci fonastenją podają, że głos ich stał się jakby martwy, matowy i chropowaty; chrypka nie jest rzadkim objawem fonastenji; chorzy podają niejednokrotnie, że w ciągu roku przechodzą kilkakrotnie chrypkę. Taka chrypka występuje z nawrotami i nie daje się usunąć odpowiedniem leczeniem ani miejscowem ani ogólnem. Badanie laryngoskopowe daje obraz najczęściej negatywny poza zmianami przejściowego zaczerwienienia strun, o którem już była mowa na początku.

Film głosowy daje nam wyjaśnienie, jaka jest przyczyna wyżej wymienionych zaburzeń głosowych.

Zanim jednak dokładniej omówimy sprawę analizy filmu głosowego w przypadku fonastenji, pozwolę sobie w paru słowach przypomnieć o innej metodzie badania czynnościowego krtani, a mianowicie o stroboskopji.

Stroboskop jest to aparat służący do badania wibracji strun głosowych, której przy zwykłem wziernikowaniu laryngoskopowem spowodu wielkiej szybkości drgań nie jesteśmy w stanie zaobserwować. Dźwięki głosu ludzkiego odbywają się w skali od E odpowiadającemu 81 drganiom na sekundę, do C_3 odpowiadającemu 1,094 drganiom na sekundę. Aby zobaczyć drganie strun głosowych to jest, aby je udostępnić dla oka, musimy je odpowiednio zwolnić. Zadanie to spełnia stroboskop. Dokładny opis stroboskopu znajduje się w Nr. 1. „Medycyny" 1935. Zasada stroboskopu polega na tem, że między źródłem światła a badającym znajduje się tarcza stroboskopu opatrzona w pewnych odstępach otworami. Tarcza stroboskopowa wiruje tak, że oświetlenie krtani jest przerywane, a przez to tylko w pewnych momentach wibrację



Ryc. 9.
A. Rzeczywista fala głosu. B. Fala głosu widziania w stroboskopie.

możemy dojrzeć. Poszczególne obrazy krtaniowe pozostawiają na siatkówce naszego oka poobrazy. Obrazy złudne, zlewając się ze sobą dają nam obraz ciągły. Jeśli wyobrazimy sobie wibrację strun głosowych jako falę A na ryc. 9, to przez to, że światło jest przerywane zobaczymy tę falę tylko w pewnych momentach oznaczonych X na ryc. 9. Przez zlanie się poszczególnych obrazów powstanie fala oznaczona B na ryc. 9. Jest to obraz fali nierzeczywisty, lecz przez porównanie jednej struny głosowej z drugą oraz porównanie obrazów patologicznych z obrazami normalnej krtani możemy wyciągać wnioski co do wibracji strun głosowych.

Stroboskopja oddaje nam duże usługi zwłaszcza w tych stanach chorobowych, gdzie zwykła laryngoskopja nie wykazuje żadnych odchyleń od normy mimo istniejących subjektywnych objawów. Stroboskopja pozwala nam zaobserwować zwolnienie lub zupełne zniesienie wibracji strun głosowych, bądź jedno, bądź obustronne.

U naszej chorej dotkniętej fonastenją, której filmy głosowe zamieściliśmy powyżej, badanie stroboskopowe wykazywało nierównomierność w szybkości wibracji strun głosowych. Raz prawa, to znowu lewa struna głosowa wykazywała zwolnioną wibrację. Jeśli jedna struna głosowa wibruje normalnie, a druga ma wibrację zwolnioną, to musimy przyjąć, że powstają dwie fale biegnące obok siebie.

G u t z m a n przyjmuje, że wszędzie tam, gdzie chory chce wyrównać upośledzoną czynność mięśni krtani, nietylko struny głosowe prawdziwe, lecz również rzekome w warunkach patologicznych mogą brać udział w wibracji. F l a t a u podaje, że także fałdy błony śluzowej krtani mogą brać udział w wibracji, podczas wzmożonego wysiłku. Objaw ten autorzy ci nazywają dwugłosowością *(diplophonia)*.

Powracamy raz jeszcze do omówienia sprawy wychyleń głosowych. Jeżeli przyjmiemy, że jedna struna głosowa ma inną częstotliwość drgań aniżeli druga, to w rezultacie musimy przyjąć, że powstają dwie fale głosowe o różnej amplitudzie, długości i rysunku fali.

Dwie te fale, biegnące obok siebie, muszą ulegać interferencji. Porównanie amplitud głosowych głosu normalnego i głosu osoby cierpiącej na fonastenję, przy wymawianiu dźwięku „u" pozwala nam przypuścić, że krzywa fonasteniczna jest wynikiem interferencji dwóch fal (Porównaj ryc. 2 i ryc. 8). W rezultacie otrzymujemy falę dziwaczną o nieregularnym rysunku, pozbawioną rytmu i regularności (ryc. 8). Akustycznie otrzymujemy głos, który różni się od normalnego; jest chropowaty, nieczysty i odpowiada temu, co nazywamy chrypką. Powstanie tej chrypki tłómaczy nam krzywa filmu głosowego; jest ona wynikiem dysonansu powstałego przez zlewanie się dwóch różnych fal.

Jak widzimy, film głosowy rzuca nam nowe światło na powstawanie chrypki w niektórych sprawach chorobowych i tłómaczy nam jej powstawanie w tych przypadkach, gdzie niema ani spraw zapalnych w krtani ani też spraw porażennych. Obraz laryngoskopowy może być mimo istniejącej chrypki zupełnie normalny, badanie jednak stroboskopowe i film głosowy rozwiązują nam przyczyny jej powstawania.

Co do krzywej głosu u chorej dotkniętej fonastenją przy wymawianiu dźwięku „u", to spostrzegamy tu fale grube pozbawione delikatnej wibracji, przyczem na sekundę przypada tych drgań mniej aniżeli w warunkach fizjologicznych. Akustycznie objawia się to obniżeniem skali głosowej, gdyż wysokość głosu zależy od ilości drgań w jednostce czasu. Porównaj ryc. 3 i ryc. 7.

U naszych chorych, zwłaszcza zaś u śpiewaków często słyszymy skargę, że głos się obniżył i że wydobywanie wysokich tonów stało się niemożliwe.

W stroboskopie widzimy w tych wypadkach zwolnienie wibracji strun głosowych.

Reasumując powyższe, możemy powiedzieć, że film głosowy jest jedną z metod badania czynnościowego krtani. Wracając zaś raz jeszcze do tematu rozpatrywanego na początku dotyczącego naszych pojęć o schorzeniach funkcjonalnych krtani, raz jeszcze trzeba zaznaczyć, że schorzenia te wymagają stałego poszukiwania i opracowania nowych metod badania, mogących wyjaśnić sposób powstawania i rozpoznawania tych schorzeń, a tem samem dających także i odpowiednie wskazania lecznicze. Do takich metod zaliczyć należy stroboskopję i zwłaszcza bardziej dokładną i pewną, choć niezawsze dostępną, metodę filmowania głosu.

Doc. Dr. Witold LIPIŃSKI. Lwów.
Ordynator Oddz. Zakaźnego Państw. Szpit. Powsz.

Klinika błonicy w ostatniem dziesięcioleciu [1]).

Z Oddziału Zakaźnego Państw. Szpitala Powsz. we Lwowie.
Ordynator: Doc. Dr. W. L i p i ń s k i.

Spostrzeżenia epidemjologów wskazują zgodnie, że w pewnych chorobach zakaźnych występuje co pewien okres czasu odchylenie od wzoru, znanego z opisów klasycznych. Odchylenia te, zarówno w przebiegu klinicznym, jakoteż nowe właściwości epidemjologiczne, zauważono w gruźlicy, ostrym gośćcu stawowym, najwyraźniej jednak w błonicy. Przyczyn tych zmian niełat-

[1]) Według wykładu, wygłoszonego na Zjeździe Mikrobiologów i Epidemjologów w Łodzi, w listopadzie 1935 r.

wo dociec. I tak spostrzegano w ciągu ostatnich lat 10-ciu do 15-tu w Anglji, Niemczech, Austrji i na Węgrzech, powolne, ale stałe wznoszenie się krzywej zapadalności na błonicę, przyczem charakter epidemji, według zgodnych zdań, ma być znacznie cięższy. Poprzednio główny odsetek śmiertelności spowodowany był przez dławiec, a surowica w innych postaciach klinicznych błonicy dawała prawie zawsze doskonałe wyniki. W latach ostatnich zaś liczba przypadków dławca znacznie się zmniejszyła, a wyniki lecznicze mimo to niezawsze były korzystne. Nic więc dziwnego, że coraz częściej zaczęły się pojawiać głosy krytyczne, godzące w wysoką wartość surowicy przeciwbłoniczej, a nawet odmawiające jej wszelkiego znaczenia leczniczego. To krytyczne ustosunkowanie się do surowicy miało być spowodowane niedostatecznem działaniem jej na objawy ciężkiego zatrucia jadem błoniczym.

W klinice błonicy wybijały się dotychczas na pierwszy plan ciężkie objawy ze strony serca i naczyń krwionośnych; zmiany te uważano dotychczas anatomo-patologicznie za główną przyczynę śmierci. Ostatnio jednak, na podstawie nowszych badań, przypisują zejście śmiertelne przedewszystkiem zmianom w nerkach i nadnerczu. Zmiany w nerkach stwierdzano za życia jako nefrozy ze wzmożonym azotem pozabiałkowym. Częste zmiany w nadnerczu, łączone za życia z hipoglikemją, hipocholesterynemją i spadkiem ciśnienia, z wyraźnemi wybroczynami w miąższu nadnercza, stwierdzanemi pośmiertnie, odgrywają ostatnio przyczynowo rzekomo większą rolę, aniżeli zmiany w sercu.

Klinika błonicy notuje coraz częściej dotkliwe porażki. Jeżeli sięgniemy choćby do statystyki H o t t i n g e r a z kliniki dziecięcej w Düsseldorfie, mającej 50% śmiertelności w błonicy złośliwej, to zrozumiemy łatwo aż nazbyt uzasadnioną troskę klinicysty. Powiększa te obawy szybki rozwój objawów klinicznych, gdy w wielu przypadkach sprawa chorobowa dochodzi do najwyższego nasilenia już po 20 godzinach. Rekonwalescencja przedłuża się, według H o t t i n g e r a, niejednokrotnie wskutek powikłań do dni 50.

Jak przedstawia się ta sprawa u nas, specjalnie na gruncie lwowskim, postaram się przedstawić w ogólnych zarysach. W ostatniem 10-leciu leczono na Lwowskim Oddziale Zakaźnym Państwowego Szpitala Powszechnego 3.017 przypadków błonicy, w tem: błonicy czystej 2.307, płonicy powikłanej błonicą 710 przypadków. Rzut oka na załączone wykresy wykazuje do roku 1934 powolne, ale stałe wznoszenie się krzywej zapadalności. Tylko rok 1928 i 1929 odpowiadają pod względem ilości przypadków rokowi 1925, rok zaś 1934 daje ostry wzrost krzywej, mamy bowiem 426 przypadków błonicy, przy 130 w 1925 roku. Z jak ciężkim materjałem błoniczym spotykamy się na naszym Oddziale, wskazują liczne zgony do 24 godzin po przyjściu na Oddział, obejmujące w niektórych latach ponad jedną trzecią wszystkich zgonów. Fakt ten jest wymownym dowodem, że na Oddział dostają się często przypadki zaniedbane, niedające się już ocalić mimo znacznych dawek surowicy przeciwbłoniczej.

Jeżeli przyjrzymy się ogólnemu % śmiertelności, to zauważymy znaczne wahania, przyczem najniższy, bo 5,3% uzyskaliśmy w roku 1935, a najwyższy, bo sięgający 21%, w roku 1925 i 1927. Przeciętna śmiertelność za lat 10 wynosi w naszym materjale 11.9%, a po odrzuceniu przypadków agonalnych, zmarłych na Oddziale Zakaźnym do 24 godzin od chwili przybycia, nawet 9,4%.

Rok	Błonica	Zmarło agon.	% śmiert.	Płonica-Błonica	Zmarło	% śmiert.
1925	130	27 (5)	20,7	15	1	6
1926	181	31 (5)	11,6	76	22 (2)	28,9
1927	166	35 (12)	21	55	21 (1)	38,1
1928	124	15 (2)	12	40	14 (1)	35
1929	129	21 (7)	16	43	17 (3)	39,5
1930	164	28 (10)	17	94	20 (1)	21,2
1931	288	33 (8)	11,4	72	12 (2)	16,6
1932	263	31 (11)	11,7	67	12	17,9
1933	268	28 (4)	10,4	77	12	15,5
1934	426	37 (7)	8,6	103	8	7,7
1935	168	9 (1)	5,3	68	6	8,8
	2307	275 (67)	11,9	710	145 (10)	20,1

Według naszych spostrzeżeń, zgodnie z autorami zagranicznymi, możemy stwierdzić zatem stałe wznoszenie się krzywej zapadalności na błonicę, śmiertelność jednak u nas zmniejsza się zupełnie widocznie. Ostatni fakt jest zatem w sprzeczności ze spostrzeżeniami klinicystów zagranicznych. Przyczyny zejścia śmiertelnego należy szukać w naszym materjale w porażeniu mięśnia sercowego wskutek zbyt późnego podania surowicy. Przemawiają za tem spostrzeżenia kliniczne, stwierdzające bardzo wcześnie niewydolność narządu krążenia, jak również oględziny pośmiertne, wykazujące znaczne zmiany w mięśniu sercowym.

Jeżeli rozpatrzymy nasz materjał, to zauważymy, że na Oddział Zakaźny dostawały się niejednokrotnie przypadki nierozpoznane. Podanie surowicy na piąty dzień choroby, a nawet i później, mimo znacznych dawek, stosowanych dożylnie, nie mogło naszych chorych uchronić od śmierci. Porównanie z Oddziałem Zakaźnym Szpitala Virchowa w Berlinie za lata ostatnie daje wyniki następujące:

Rok	Berlin	Lwów
	śmiertelność	
1926	17,4%	13,9%
1927	12,8%	10%
1928	16,4%	10%

Jeszcze korzystniej wypadnie zestawienie śmiertelności z błonicy dla Oddziału Lwowskiego, jeśli przyjrzymy się bliżej zmarłym w szpitalu berlińskim. Na 100 osób zmarłych na błonicę w szpitalu Virchowa, 17 wypada na przypadki, przywiezione na Oddział w *pierwszym* dniu choroby, a 77 na przypadki, które przyszły na Oddział *drugiego* do *trzeciego* dnia od chwili zachorowania na błonicę (podług D e i c h e r a). Na Oddziale Zakaźnym Lwowskim nie straciliśmy dotychczas ani jednego chorego, przywiezionego nawet w *trzecim* dniu zachorowania. Udało się ocalić kilku chorych, u których surowicę przeciwbłoniczą podano dopiero na 5 dzień zachorowania. Nasuwa się tu szereg krytycznych uwag. Niewątpliwie przebieg błonicy jest znacznie cięższy w Berlinie. T. zw. błonica septyczna, niedająca się opanować nawet olbrzymiemi dawkami surowicy przeciwbłoniczej, zachodzi u nas rzadziej. Nasuwa się jednak uzasadnione podejrzenie, że znaczny procent śmiertelności w błonicy w Berlinie, spowodowany jest nietylko wyjątkową złośliwością pałeczki Löfflera, ale równoczesnem zakażeniem łańcuszkowcami, które mają nieraz rozstrzygające znaczenie. Zdają się za tem przemawiać wyniki, otrzymane przez F i n k e l s t e i n a i K ö n i g s b e r g a, którzy uzyskali znaczne zmniejszenie śmiertelności w błonicy przez równoczesne podanie oprócz surowicy przeciwbłoniczej wieloważnej surowicy przeciwłańcuszkowcowej. Ta rola łańcuszkowców znana nam jest oddawna, toteż w każdym toksycznym przypadku błonicy, podajemy równocześnie obok surowicy swoistej, surowicę przeciwłańcuszkowcową.

Klinicznie rozpada się nasz materjał błoniczy na 421 przypadków *pierwotnej błonicy krtani* i *wtórnej,* co daje około 20% wszystkich przypadków leczonych, i 229 przypadków *błonicy nosa,* co stanowi około 10% ogólnej cyfry leczonych. W 41 wypadkach stwierdzono *błonicę na skórze, sromie, spojówce oka,* co wynosi około 2% ogólnej cyfry. W 1716 przypadkach, a więc w 67% ogólnej liczby schorzeń, spostrzegano *błonicę, usadowioną w gardzieli.*

W *błonicy gardzieli,* naloty, umiejscowione często na obu migdałkach i mające dążność do zajmowania dalszych części błony śluzowej, przechodzące często na języczek, były silnie zrosłe z podstawą, krwawiły przy usiłowaniu zdjęcia ich z błony śluzowej. Wbrew spostrzeżeniom autorów niemieckich, podawanych w ostatnich publikacjach, naloty błonicze po podaniu surowicy zmniejszały się szybko, przypominając „tajanie śniegu pod wpływem słońca". Charakterystyczne zaczerwienienie dookoła nalotu, jako wyraz zadziałania surowicy, było widoczne przeważnie po dziesięciu godzinach od podania surowicy.

Błonica nosa, zachodząca przeważnie u dzieci mniejszych, miała przebieg klinicznie łagodniejszy, zajęcie bocznych komór nosowych spotykano stosunkowo rzadko.

Z podobnie łagodnym przebiegiem spotykano się w *błonicy skóry, sromu, spojówki oka.*

Do najcięższych postaci klinicznych należała *błonica krtani.* Dawała ona w 390 przypadkach na 421 leczonych wskazania do natychmiastowej intubacji. *Tubus* pozostawiono najwyżej do 100 godzin, starając się czas ten skrócić do minimum. Jako przypadek niecodzienny, wymieniam przypadek błonicy krtani u czteroletniego dziecka, u którego spowodu znacznych zwężeń, pozostawiono *tubus* z przerwami przez 3 miesiące. Dziecko to opuściło szpital jako wyleczone. Tracheotomji po roku 1925 nie wykonywano, ponieważ wszystkie tracheotomje u dzieci poniżej lat dwóch dawały wynik śmiertelny.

Porażenia pobłonicze stwierdzano na naszym materjale w około 10% przypadków; dotyczyły one dzieci, które otrzymały surowicę późno, lub w dawkach niewystarczających. Procent *błonicy złośliwej* dochodził w naszym materjale do dziesięciu. W ostatnich latach poczęto stosować w błonicy złośliwej przetaczanie krwi, mimo wyraźnych zastrzeżeń autorów francuskich. Na 5 przypadków uważanych dotychczas za stracone, przy wyraźnych objawach przyśpieszenia tętna, bólach brzucha i wymiotach (t. zw. zespół trzech objawów toksycznych), uzyskano u trzech chorych korzystny wynik (wyleczenie) na skutek przetoczenia krwi.

Wyniki nasze potwierdzają spostrzeżenia autorów niemieckich, którzy w przypadkach toksycznej błonicy uważają transfuzję krwi za *ultimum refugium*.

Z objawów ogólnych, ciepłota ciała w naszym materjale odpowiadała stanowi klinicznemu. W cięższych była wyższa, w lżejszych nie przekraczała 38°. Nie można było jednak wysnuwać żadnych wniosków w rokowaniu, przyczem zgodnie z autorami obcymi, stwierdzano stan podgorączkowy lub ciepłotę poniżej normy w przypadkach klinicznie ciężkich, a nawet śmiertelnych.

Tętno początkowo przyśpieszone, w miarę cofania się zmian chorobowych, ulegało zwolnieniu.

Jako objaw klinicznie ważny, należy wymienić ciśnienie krwi. Znacznie obniżone ciśnienie krwi, lub gwałtowny spadek był objawem pod względem rokowania niekorzystnym.

Cytologiczne badanie krwi wykazywało przeważnie nieznaczną leukocytozę i przesunięcie wzoru na lewo. Znaczniejsze przesunięcie do myelocytów było wyrazem ciężkiego schorzenia ustroju. Klinicznie wybijały się na pierwszy plan schorzenia serca. Schorzenia wsierdzia i osierdzia występowały rzadko, częste były natomiast schorzenia mięśnia sercowego, jako wyraz powinowactwa jadu błoniczego do serca. Fizykalnie stwierdzano w przypadkach ciężkich powiększenie serca, przyczem tony serca były głuche; niejednokrotnie występowała przejściowa niemiarowość tętna.

Zmiany w sercu, tak wyraźne na stole sekcyjnym, są jednak za życia często niedostępne dla badań fizykalnych. Toteż pierwszorzędne znaczenie posiadają badania elektrokardjograficzne serca w błonicy. Badania takie wykonaliśmy wspólnie z Prof. Dr F r a n k e m, Dyrektorem Zakładu Patologji Ogólnej U. J. K., na materjale blisko 100 chorych błoniczych. Po raz pierwszy w Polsce wykonano badania teleelektrokardjograficzne, uzyskując wyniki dodatnie na odległość 500 metrów. Chory pozostawał na Oddziale Zakaźnym, a prądy czynnościowe serca przesyłano do Zakładu Patologji. Zdjęcia elektrokardjograficzne wykonywano elektrokardjografem Hellige'a.

Zbierając pokrótce nasze wyniki badania elektrokardjograficznego, które ukazały się osobno, muszę zaznaczyć, że zmiany w elektrokardjogramie dotyczyły najczęściej odcinka przedsionkowego. Fala przedsionkowa P była niską, często ledwie zaznaczoną. Niekiedy brak jej było zupełnie, zwłaszcza w odprowadzeniu trzeciem. Niekiedy fala P była ujemną. Przewodnictwo przedsionkowo-komorowe (odcinek PQ) ulegało niejednokrotnie przedłużeniu ponad normę dopuszczalną 0,2 sek. W zespole komorowym zmiany dotyczyły krzywej R. R było niskie, zwłaszcza w odprowadzeniu trzeciem. Szerokość wzniesień nie przekraczała normy. W prawie jednej trzeciej ilości przypadków spotykaliśmy się z przewagą prawej komory. Czy zmiany te były wyrazem prawdziwych zaburzeń w prawej komorze, czy też i o ile, zależały od ułożenia serca, trudno rozstrzygnąć. Często spotykano odchylenia od normy fali T, jako wyraz ciężkiego uszkodzenia mięśnia sercowego. W przypadkach klinicznie ciężkich spotykano T ujemne w połowie przypadków. Ułożenie osi elektrycznej serca, wobec przeważającej liczby zdjęć u dzieci, odpowiadało sercu pionowemu. Obraz serca zamierającego otrzymano u sześcioletniego dziecka na 5 minut przed śmiercią.

Badania elektrokardjograficzne wskazują, że jad błoniczy atakuje przedewszystkiem przedsionki, nie oszczędzając również mięśni komór. Wprawdzie w okresie wczesnym elektrokardjogramy mogą nie dać obrazu wybitnie patologicznego, ale często będą one wyłącznym wskaźnikiem poważnych zmian w mięśniu sercowym. Stwierdzenie w elektrokardjogramie odchyleń od normy powinno skierować naszą uwagę na narząd krążenia, aby mimo dobrego stanu klinicznego, nie stanąć wobec przykrej niespodzianki, jak ostra niewydolność mięśnia sercowego. Pierwszym etapem naszych badań serca w błonicy było stwierdzenie, czy elektrokardjografja pozwoli nam ujawnić utajone, a poważne zmiany w mięśniu sercowym. Odczytywanie krzywych dało na to pytanie odpowiedź twierdzącą. Może ważniejsze będą badania dalsze, mające ustalić rozwój zmian w elektrokardjogramie, oraz czas ich trwania. Wyniki tych badań mogą mieć znaczenie pod względem rokowania.

Rozbieżność wyników między ciężkim stanem klinicznym, a elektrokardjogramem, nieodbiegającym prawie od normy, lub też odwrotnie, można będzie prawdopodobnie usunąć przez zastosowanie dalszych odprowadzeń, a to czwartego i piątego, proponowanych ostatnio przez Klinikę Chorób Wewnętrznych w Berlinie.

Poza badaniem klinicznem ustalano rozpoznanie w każdym przypadku zapomocą posiewów na zmodyfikowanej pożywce Costy-Lipińskiego. W przypadkach wczesnych otrzymano około 90% wyników dodatnich posiewów do 24 godzin. Na podstawie naszych doświadczeń nie wolno uzależniać podania surowicy od wyniku dodatniego. Należy ją wstrzyknąć w przypadku uzasadnionego podejrzenia klinicznego nawet przy ujemnym wyniku posiewów.

Pozostaje jeszcze krótkie omówienie leczenia błonicy na naszym Oddziale. Wbrew głosom krytycznym, odmawiającym znaczenia surowicy, jesteśmy nadal zwolennikami stosowania surowicy przeciwbłoniczej. Surowicę staramy się stosować jaknajwcześniej, gdyż każda stracona godzina pociąga za sobą poważne niebezpieczeństwo dla chorego. Podana późno, nawet w wielkiej dawce, nie może zapobiec zejściu śmiertelnemu. Podajemy ją jednorazowo, najchętniej domięśniowo, wyjątkowo dożylnie lub do kanału rdzeniowego. Ilość surowicy uzależniamy od zmian miejscowych i stanu klinicznego. W przypadkach ciężkich stosujemy 500 j. o. na kilogram wagi ciała. Dawki wyższe podajemy wyjątkowo, ponieważ, według naszego doświadczenia, dawki te nie wywołują dodatniego wyniku. Zgodnie ze spostrzeżeniami autorów francuskich, odnosiliśmy czasami wrażenie, że w przypadkach beznadziejnych podanie surowicy przyśpieszało zejście śmiertelne. Fakt ten tłumaczyć można wstrząsem, jaki wywołuje zawsze podanie obcogatunkowego białka w ustroju o znacznie upośledzonem krążeniu.

Środki nasercowe stosujemy w szerokim zakresie. Z uwagi na zmiany w nadnerczach podajemy adrenalinę w postaci wstrzyknięć, lub efetoninę lub też efedrosan doustnie. Stosujemy kofeinę obok koraminy, kardiazolu i strychniny. Wlewania dożylne cukru gronowego wzmacniają mięsień sercowy. Wykonujemy wreszcie przetaczanie krwi w przypadkach toksycznych. Najchętniej podajemy krew tej samej grupy. Wstrząsy wtedy są rzadkie i niezbyt silne. Przetaczanie krwi uważamy za zabieg poważny, nieobojętny dla ustroju i stosujemy go w przypadkach z wyraźnem wskazaniem. Chory błoniczy, nawet przy przebiegu średnio ciężkim, nie powinien opuszczać łóżka przed upływem trzech tygodni. Odpowiedni dozór, stosowne, lekko-strawne a pożywne odżywianie, uzupełniają leczenie.

J. KOSTRZEWSKI. Kraków.

O chorych na żółtaczkę zakaźną.

Z Oddziału Zakaźnego Państw. Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

Z piśmiennictwa należy wnosić, że więcej się spotyka chorych na żółtaczkę zakaźną na Zachodzie niż u nas. U nas znowu zdaje się częściej chorują na żółtaczkę zakaźną w Krakowie i jego okolicy niż w innych stronach Polski. Tak można — podkreślam — wnosić z tego, co się czyta w piśmiennictwie zawodowem.

Od czasu kiedy wspólnie z G i e s z c z y k i e w i c z e m, a po raz drugi z C i e c h a n o w s k i m, pisałem o chorych na żółtaczkę zakaźną spotkałem się jeszcze z pięciu dotkniętymi tem cierpieniem. Znowu chodziło tylko o osobników płci męskiej, tym razem w wieku od 15—27 lat, znowu o chorujących w czasie lata. Czterech z nich przed zachorowaniem używało częściej kąpieli bądźto w Wiśle poniżej Krakowa, bądźto w pływalni urządzonej pod gołem niebem w obrębie Krakowa. Jak to zwykle bywa, chorzy ci dostali się do szpitala nie w samym początku choroby, lecz jedni wcześniej inni później po jej wybuchu. Jedni z właściwem[1]) rozpoznaniem, inni z podejrzeniem zmierzającem zupełnie w innym kierunku. U każdego z nich początek choroby był nagły, burzliwy: dreszcze, wysoka gorączka, ból głowy, wymioty. W następnych dniach chorzy skarżyli się na wielkie osłabienie i na bóle w brzuchu. Czterech z nich miało zaparcie stolca, jeden zaś biegunkę, trwającą kilka dni. W wypróżnieniach tego ostatniego stwierdzało się śluz i krew. Z wyjątkiem jednego chorego, u wszystkich przyszło do krwawienia z nosa i do pokasływania połączonego z odpluwaniem wydzieliny krwawo podbarwionej. W skórze jednego z chorych wystąpiły wybroczyny, u dwu stwierdzało się wynaczynienia i skrzepy krwi w obrębie błony śluzowej gardzieli. Krwawienia u jednych występowały już w pierwszych dniach choroby, u innych dopiero w drugiej połowie pierwszego tygodnia jej trwania. W tym czasie przychodziło do występowania żółtaczki. Żółtaczka była u jednych ledwie zaznaczona, u innych bardzo nasilona, bo u dwu skóra była barwy oliwkowej. W czasie największego nasilenia żółtaczki mocz jednego chorego przybrał barwę ciemnego piwa, u innego znów stolce były zupełnie odbarwione. Z końcem pierwszego tygodnia trwania cierpienia, wszyscy chorzy bywali senni, niektórzy odurzeni, u dwu stwierdzało się sztywność karku. Dwu z nich jeszcze w tym czasie wymiotowało, jeden w tym

---

[1]) W jednym przypadku rozpoznanie Dr. Z. G o d ł o w s k i e g o, w dwóch Dr. H. B i e r n a c k i e g o.

stopniu, że leków doustnie podawać mu nie można było. Ale nad wszystkiemi skargami chorych, górowały od 3—4 dnia choroby skargi na bóle w mięśniach, zwłaszcza w mięśniach łydek. Bóle te, których nie brakło u żadnego z pięciu omawianych chorych, utrzymywały się u jednego krócej, u drugiego dłużej, ale zawsze trwały kilka dni. Ponieważ czynność mięśni wzmagała bóle, chorzy starali się leżeć nieruchomo. Odczuwali przykro badanie dotykiem. Przy badaniu narządów jamy brzusznej napinali silnie powłoki brzuszne, i być może dlatego nie zdołano wyczuć powiększenia śledziony ani u jednego z nich, a tylko u jednego stwierdzono powiększoną wątrobę. Z końcem tygodnia trwania choroby własności moczu świadczyły o większem lub mniejszem nasileniu zapalenia nerek. U jednego z ozdrowieńców jeszcze przez szereg tygodni mocz zawierał krwinki czerwone i ślad białka. Żółtaczka u omawianych chorych cofnęła się w 17—42 dni, licząc od początku choroby. Co do gorączki, to trwała ona 10—14 dni. U dwu chorych do nawrotu nie przyszło, trzech innych po 3—11 dniach bezgorączkowych gorączkowało znowu, aczkolwiek niżej, przez 4—12 dni. W czasie nawrotu nie przychodziło do wzmożenia ani żółtaczki, ani bólów mięśniowych, ani nie przychodziło do wymiotów lub krwawień. U wszystkich pięciu choroba skończyła się wyzdrowieniem.

U jednego z nich obok cierpienia zasadniczego, stwierdzało się zapalenie przyusznicy i zapalenie ucha środkowego. U drugiego było obustronne zapalenie przyusznicy i zapalenie pęcherza moczowego. W jednym i drugim przypadku zapalenie przyusznicy minęło po kilku dniach bez śladu. U trzeciego wreszcie chorego, przyszło do zapalenia pęcherza moczowego, a w 12 dniu trwania choroby wystąpiły na tułowiu, kończynach górnych i dolnych, wykwity przypominające wysypkę odrową. Wykwity utrzymywały się przez cały tydzień. U dwu pozostałych chorych żółtaczka zakaźna przeszła bez powikłań.

Kliniczne rozpoznanie żółtaczki zakaźnej u czterech z zajmujących nas chorych, poparte było wynikiem badań pracownianych. Mianowicie, świnki szczepione dootrzewnowo krwią lub moczem tych chorych ginęły wśród objawów właściwych zakażeniu krętkami żółtaczki zakaźnej, a rozbiór zwłok przedstawiał cechujący w takich razach obraz zmian anatomicznych. Wreszcie w narządach stwierdzono krętki żółtaczki zakaźnej bądźto pod drobnowidzem, bądźto na pożywkach na które szczepiono miazgę wątroby, nerki lub śledziony. Natomiast świnki, szczepione krwią i moczem piątego chorego, nie uległy zakażeniu. Ale chociaż u tego chorego nie wykazano krętków żółtaczki zakaźnej, to jednak zespół objawów, który ten chory przedstawiał, nie nastręczał najmniejszej wątpliwości co do przyrody schorzenia.

Na zakończenie niechaj mi będzie wolno zwrócić uwagę na to, o czem się czyta w piśmiennictwie niemieckiem: otóż dowiadujemy się, że na Zachodzie obok okazowych, spotyka się także poronne przypadki żółtaczki zakaźnej. Rozpoznać je, udaje się tylko na podstawie wyniku badań pracownianych, odbiegają bowiem bardzo od obrazu żółtaczki zakaźnej, któryśmy przywykli widywać. Spośród tych badań pracownianych w największem użyciu jest wykrywanie we krwi chorych zlepników na krętki żółtaczki zakaźnej. Posługując się próbą zlepnikową powiodło się w niejednym niejasnym przypadku — zwłaszcza jeśli chodziło o zachorowanie powstałe po kąpieli pod gołem niebem w nieczystej wodzie bieżącej czy stojącej — dowieść, że ma się przed sobą właśnie chorego na żółtaczkę zakaźną. Te poronne przypadki żółtaczki zakaźnej ma się wcale nierzadko spotykać. Czytającemu o tem nasuwa się pytanie, czy u nas nie panują stosunki podobne do tych na Zachodzie? Zapewne taką myślą powodowany zwrócił się Uhlenhuth *(Freiburg i. Br.)* do świata lekarskiego w Polsce za pośrednictwem piśmiennictwa zawodowego (7) w sprawie występowania u nas żółtaczki zakaźnej. Gdyby się zaś przy szerszem, niż się to dotychczas dzieje, stosowaniu badań krwi na zlepniki wobec krętków żółtaczki zakaźnej okazać miało, że w Polsce więcej się spotyka chorych na żółtaczkę zakaźną niż się o tem pisze i czyta, to w takim razie wniosek wyrażony na wstępie byłby słuszny co do piśmiennictwa lekarskiego polskiego, ale nie zgadzałby się z rzeczywistością, o którą nam chodzi.

Piśmiennictwo:

1) Gieszczykiewicz i Kostrzewski: P. G. L. Nr. 44. 1925. — 2) Ciechanowski i Kostrzewski: P. G. L. Nr. 49. 1930. — 3) Szyfman: W. Cz. L. Nr. 46. 1931. — 4) Penecke: Gaz. Lek. Śląska Polskiego. Nr. 1. 1936. — 5) Zimmermann: Med. Kl. Nr. 7. 1934. — 6) Uhlenhuth, Zimmermann, Dohmen, Schüffner, Ruge: Zentr. f. Bakt. Orig. Bd. 135. Str. 151—155. — 7) P. G. L. 1935. Nr. 49. Str. 904.

Dr. Zdzisław MAURER. Rzeszów.
St. Sekundarjusz Szpitala.

Trąbka maciczna treścią przepukliny pachwinowej.

Ze Szpitala Powszechnego w Rzeszowie.
Dyrektor: Dr. R. Hinze.

W latach 1921—1935 operowano w Szpitalu Powszechnym w Rzeszowie 134 kobiety spowodu przepuklin brzusznych, w tem 103 pachwinowych, 18 udowych i 13 pępkowych. Treścią tych przepuklin były 97 razy jelita cienkie, 21 razy jelito cienkie z siecią, 8 razy sama sieć, w trzech przypadkach jelito grube, w dwu jelito cienkie i grube, raz kiszka ślepa z wyrostkiem robaczkowym, raz większy odcinek żołądka z siecią i raz *jajowód.*

Przypadek leczonej przez nas *przepukliny jajowodowej* dotyczył Marji T. z Hendzlówki, chłopki w wieku lat 27, przyjętej do Szpitala w dniu 12. VII. 1935 r. L. 939/35, zamężnej od 2 lat, z wyraźnemi cechami choroby Glenarda. W wywiadach uporczywe zaparcia stolca od dzieciństwa. Brak regularności od trzech miesięcy. W styczniu 1934 r. po podniesieniu wora z ziemniakami krótkotrwały piekący ból w lewej pachwinie, a w miejscu bólu pojawił się twardy guzek wielkości dużej fasoli. W dniu 11. VII. 1935 r. ponowne bóle w lewej pachwinie i lewem podbrzuszu bez widocznego powodu i nagłe powiększenie się bolesnego już na dotyk guzka. *Status praesens* w chwili przyjęcia: Ciepłota ciała 37.2°. Tętno 74, regularne, bez zmian. Samopoczucie dobre. Brzuch miękki, niebolesny, w stojącej pozycji lekko obwisły. Powłoki brzuszne wiotkie. Rozdęte jelito grube wypełnione kałem. Brak wymiotów. Oddawanie wiatrów i stolca utrzymane. W brzuchu mimo wiotkich powłok ruchy robaczkowe jelit niewidoczne. W lewej pachwinie nazewnątrz kanału pachwinowego guz wielkości dużego orzecha włoskiego, kulisty, napięty, chełboczący, bolesny. Wynik badania ginekologicznego: Srom bez zmian. Zasinienie przedsionka pochwy i części pochwowej macicy. Macica w linji środkowej ciała w przodopochyleniu. Trzon macicy wielkości gęsiego jaja, miękki. Boczne sklepienia pochwy spłaszczone, lewe prawie wklęsłe. W lewem przymaciczu rozlany, wrażliwy opór, którego nie można bliżej zdefinjować. Jajniki niemacalne.

Rozpoznanie: *Hernia inguinalis sin. cum incarceratione omenti. Graviditas.*

Wykonana *herniotomia* dnia 13. VII. 1935 r. potwierdziła istnienie przepukliny, której treścią była jednak *nie sieć, lecz odosobniona lewa trąbka macicy* wsunięta w worek przepuklinowy przez wąski kanał pachwinowy środkowym swym odcinkiem w formie pętli zwróconej wierzchołkiem ku dołowi o ramionach 2.5 cm długich. W worku przepuklinowym obok trąbki łyżka lekko mętnego płynu surowiczego. Po rozszerzeniu kanału pachwinowego odprowadzenie przekrwionej trąbki do brzucha łatwe. Bezpośrednio przy zewnętrznym brzegu bramy przepuklinowej na dolnej ścianie brzucha strzępki jajowodu i dalej nazewnątrz ściągnięty wdół lewy jajnik. Długość wypadniętej trąbki macicznej 12 do 13 cm, co zgadzałoby się z podawaną przez anatomów przeciętną długością dla jajowodów.

Opisany powyżej przypadek godnym jest uwagi i wszechstronnego omówienia choćby dla swej niecodzienności.

Statystyka nasza za okres 15 lat notuje po raz pierwszy *przepuklinę odosobnionej trąbki macicznej,* a niewiadomo z braku zapisków, czy w poprzedniem piętnastoleciu spotkano się z nią w naszym szpitalu choćby raz jeden.

Zjawisko więc bardzo rzadkie. Podkreślają to zresztą K. Reifferscheid, Pfannenstiel, Langemak, Fr. Kermanner i inni. Spitzy pisząc o zawartości worków przepuklinowych nie wymienia jajowodu, jakgdyby jajowód nie mógł być sam dla siebie treścią przepukliny brzusznej.

Autorowie ci a również Owen, Puech, Carmichael, Daniel podkreślają natomiast częstość przemieszczania się trąbek w przepukliny pachwinowe razem z jajnikami. Daniel obserwował tę kombinację 10 razy na 21 przypadków przepukliny jajnikowej, która zdaniem jego ma być nierzadkiem zjawiskiem wśród przepuklin pachwinowych u osesków płci żeńskiej i dziewczynek do 5 roku życia.

Statystyka naszego szpitala nie pozwala na wysnucie jakichkolwiek wniosków w tym kierunku, nie notując wśród 103 operowanych przypadków przepukliny pachwinowej u kobiet ani jednego przypadku przepukliny dziecięcej i nie notując ani jednego przypadku przepukliny jajnikowej u kobiet poza okresem dziecięctwa. Fakt ten zastanawia wobec ogłoszonych statystyk jak Owena (na 174 przypadki przepukliny pachwinowej u osesków — 115 przepuklin jajnikowych), Puech'a (na 88 — 54), Mancready'ego (na 174 operowanych przepuklin pachwinowych u dziewcząt do 5 roku życia 134 przepukliny jajnikowe) i statystyki Carmichael'a, który znalazł u 60% operowanych przez siebie żeńskich osesków spowodu przepukliny pach-

winowej jedno- lub obustronną jajnikową przepuklinę. Powyższe statystyki osobiste czy zbiorowe przytoczone za Kermannerem dotyczą jednak wyłącznie osesków płci żeńskiej i dziewcząt pierwszych lat życia, nie poruszają natomiast częstości przepuklin jajnikowych lub jajowodowych u dorosłych kobiet.

Przyczyny rozbieżności, która rzuca się w oczy, między statystyką rzeszowskiego szpitala z zagranicznemi, nie tłumaczy znany każdemu lekarzowi fakt, że chłopcy chorują na przepukliny pachwinowe nieporównanie częściej aniżeli dziewczęta, fakt mający dostateczne uzasadnienie w odrębnościach rozwojowych w życiu płodowem chłopców i dziewcząt, wywierających zdecydowany wpływ na stosunki anatomiczne w obrębie ich kanałów pachwinowych. Gdyby częstość przepuklin u tej czy drugiej płci zależała tylko od tego, stosunek częstości przepuklin u chłopców i dziewcząt przedstawiający się według Spitzy'ego cyfrowo jak 40 : 1 powinienby w naszej statystyce być przynajmniej podobnym.

Powód tej rozbieżności również nie leży napewno w niższej kulturze szerokich mas naszego ludu, w jego niechęci i uprzedzeniu do chirurgicznego leczenia. Lud nasz nie lekceważy przepuklin swych dzieci i operuje je chętnie. Mówi o tem codzienne doświadczenie lekarza praktyka. Ilustrują to cyfry chociażby naszej statystyki przypadków przepuklin pachwinowych, operowanych w ostatniem piętnastoleciu u chłopców a to: w 1 roku życia 20, do 5 lat życia 86, od 5 do 10 lat 28, między 10 a 15 rokiem życia — 45, co daje 159 przypadków na ogólną sumę 501 przepuklin pachwinowych, operowanych w tym czasie u mężczyzn.

Przyczyna sprzeczności statystyk musi mieć swe źródło gdzieindziej.

Spitzy uważa słusznie czy niesłusznie wszystkie przepukliny u dziewcząt do 5 roku życia z bardzo małemi wyjątkami za wrodzone a więc za wadę rozwojową. Podobnie zapatruje się Fr. Kermanner co do przepuklin jajnikowych i jajowodowych, uważając je za wrodzone tylko wtedy, gdy towarzyszą im inne zboczenia rozwojowe, ogólne lub miejscowe w obrębie narządów miednicy małej, głównie macicy, przymacicz i więzadeł macicznych. Kermanner spotykał bowiem przepukliny jajnikowe, jajnikowo-jajowodowe czy trąbkowe zaledwie w 36% obserwowanych przez siebie potworków, osobników z obojnactwem wrzekomem i prawdziwem, przypadków rozszczepu spojenia łonowego, wynicowania pęcherza moczowego, rozszczepu kręgosłupa, w przypadkach warg zajęczych, paszczy wilczej, szpotawych stópek i t. d., spotykał je obok równoczesnych wad rozwojowych macicy jak macicy podwójnej, jednorożnej i t. d.

Stanowisko Kermanner'a podzielają P. Mathes, H. Freund i inni. Nasza statystyka obserwowanych lub operowanych wad rozwojowych u dziewczynek do 5 roku życia za ostatnie piętnastolecie nie notuje ani jednego przypadku z równoczesną przepukliną pachwinową lub udową.

Prawdziwie więc niewyjaśnione dotąd koło przyczyn i skutków.

Przemieszczenia jajników i trąbek w worki przepuklinowe spotyka się głównie w przepuklinach pachwinowych i udowych, w tych ostatnich może nawet częściej (K. Reifferscheid). Tłumaczyłyby to dostatecznie stosunki anatomiczne w obrębie kanałów pachwinowego i udowego u kobiet. Uchyłek otrzewnowy Nuckiego a z nim kanał pachwinowy kobiet jest wąski, ciasny, niekorzystny dla powstawania przepuklin nie tak jak szeroki kanał udowy, który usposabia do ich tworzenia się, bo silnie rozchylone talerze biodrowe kobiecej miednicy zostawiają między naczyniami a więzadłem Gimbernat'a stosunkowo wielką przestrzeń wypełnioną luźną tkanką łączną i tłuszczem.

Mechanizm przemieszczania się trąbek i jajników w worki wrodzonych przepuklin będzie rozmaitym, zależnie od rodzaju i rozległości towarzyszących im wad rozwojowych ogólnych i miejscowych w miednicy małej.

W bieżącym artykule omówię jedynie mechanizm przemieszczania się jajowodów w worek przepuklinowy nabytych przepuklin pachwinowych lub udowych, gdyż taki właśnie przypadek był przedmiotem naszej obserwacji i leczenia.

Przepukliny brzuszne powstają albo przez bezpośrednie wepchnięcie pod działaniem tłoczni brzusznej przez otwarty kanał przepuklinowy w worek przepuklinowy tej czy innej zawartości jamy brzusznej albo przez naciągnięcie w worek przepuklinowy pod działaniem również tłoczni brzusznej, sąsiadującej z kanałem przepuklinowym otrzewnej ściennej wraz z przyczepionym do niej organem brzusznym *(hernie par glissement)*. Tam, gdzie kanał przepuklinowy jest zamknięty, może gwałtowne a nagłe zwiększenie parcia śródbrzusznego przy dźwignięciu ciężaru, przy skoku, kaszlu, parciu na stolec i t. d. pogłębiając uchyłek otrzewnowy, roztworzyć preformowany a zarośnięty kanał i przecisnąć przez niego treść brzuszną.

Jakie stosunki były w omawianym przypadku przed powstaniem przepukliny, nie da się *ex post* ustalić. Jest to zresztą obojętnem tem bardziej, gdy u kobiet *diverticulum* i *canalis* Nucki, mając małą skłonność do zarastania pozostają często przez całe życie otwarte i nie zdradzają żadnym objawem tego defektu.

Chora nasza była do 26 roku życia zdrowa. Zwiększone a nagłe ciśnienie wewnątrzbrzuszne przy podnoszeniu przez nią ciężaru wywołało u niej pachwinową przepuklinę po stronie lewej. W rok później chora zaszła w ciążę a w trzy miesiące po zajściu, trąbka będąca przez dwa lata w stanie utajenia jej przepuklina niejako odżyła, dając objawy wyraźnego uwięźnięcia. Operacja ujawniła treść przepukliny: *odosobnioną trąbkę maciczną.*

Możliwość przemieszczenia się odosobnionego jajowodu w pachwinową przepuklinę nie da się wyobrazić u kobiety zdrowej z prawidłowym narządem rodnym. Rozmieszczenie bowiem więzadeł macicy z ich punktami przyczepu i charakter przymacicz jako celowa a dostateczna przeciwwaga dla tłoczni brzusznej nie pozwalają na podobne przesunięcie się trąbki. Ta przeciwwaga musi być naruszona, zmniejszona z jakiegokolwiek powodu i stworzyć w obrębie narządu rodnego kobiety warunki usposabiające dla jego przemieszczenia a więc i do przemieszczenia jajowodów.

Fr. Kermanner uważa za taki predysponujący czynnik przedewszystkiem wrodzone a nadmierne, jedno- lub obustronne skrócenie więzadeł obłych macicy zbliżające jajowód lub jajowody do kanału pachwinowego. Wiązadła obłe przeciętnie 13—14 cm długie mogą być spowodu swego niedorozwoju wyjątkowo niesłychanie krótkie. Skrócenia wiązadeł obłych nie można wykryć za życia kobiety zwykłem jej badaniem ginekologicznem. Ustalić je może jedynie laparotomja. Przy badaniu tych przypadków brać się będzie pod uwagę zazwyczaj tylko chorobliwe przodozgięcie macicy. Kermanner spotykał skrócenie wiązadeł obłych prawie we wszystkich przypadkach wrodzonych przepuklin jajnikowych obserwowanych przez siebie.

Czynnikiem predysponującym do przemieszczania się jajowodów mogłaby być za wielka ich długość i złączona z nią nieprawidłowa ich ruchomość, przesuwalność. Według O. Oertla lewa trąbka w 20% przypadków już w warunkach prawidłowych jest dłuższa aniżeli prawa. Zboczenia rozwojowe narządu rodnego kobiecego dotyczą najrzadziej jajowodów i to zwykle ich długości. Opisano trąbki 18 cm długie (Demmer), 20 cm i dłuższe (K. Reifferscheid), a Payer opisał nawet 76 cm długą trąbkę.

W bardzo rzadkich przypadkach przepukliny jajowodowej, gdzie jajowód wykazywał zmiany w unaczynieniu w postaci rozległych żylaków i rozstrzeni żylnych, dopatrywano się czynnika predysponującego do jego przemieszczenia we wpływie hemodynamicznym jego zmienionych naczyń.

Wszystkie te momenty musi się wykluczyć z etjologji naszego przypadku, gdy przy herniotomji spotkaliśmy jajowód prawidłowy, nie nadmiernej długości (13 cm), prawidłową jego budowę i unaczynienie, a wiązadła obłe macicy były prawidłowo długie.

Guzy trąbek, *mesosalpinx*, nowotwory wiązadła szerokiego, zrosty pozapalne w sąsiedztwie jajowodów i t. d. mogą także zmienić położenie jajowodu i położyć go niemal na bramie przepuklinowej. Lecz i o tem niema mowy u naszej chorej, wobec wyniku jej badania ginekologicznego.

Spośród czynników usposabiających do powstania przepuklin jajowodowych u dorosłych wysuwa się, jak w naszym przypadku, na pierwszy plan wrodzone lub nabyte osłabienie, zwiotczenie aparatu wiązadłowego i tkanki łącznej w miednicy małej, pozwalające na zmiany w położeniu narządów rodnych i ich wzajemnego stosunku do siebie, stosunku do ścian miednicy i otaczających je narządów brzusznych.

Ta małowartościowość może być nabyta i rozwinąć się na tle przewlekłych chorób pociągających za sobą wyniszczenie, wychudzenie ustroju, na tle przebytych zapaleń narządu rodnego, częstych porodów i t. p., lub wrodzona a więc konstytucjonalna, wyrazem anomalji rozwojowej całego ustroju, jaką widzimy w *status asthenico-ptoticus.*

W zakresie narządu rodnego zaznacza się to upośledzeniem sprawności czynnościowej więzadeł macicy: więzadeł szerokich, więzadła krzyżowo-macicznego i łonowo-pęcherzowego a przedewszystkiem *retinaculum uteri* z jego wiązadłami kardynalnemi. W takich warunkach macica może bez przeszkody zmieniać swoje położenie pod działaniem tłoczni brzusznej, zginać lub pochylać się do przodu, ku tyłowi, w prawo i lewo lub przesuwać się pod naciskiem przepełnionej odbytnicy w całości do przodu, przesuwając wraz z sobą swe przydatki zwłaszcza przy zwiotczeniu więzadła krzyżowo-macicznego.

Szkodliwość tłoczni brzusznej rozwijającej swoje działanie przedewszystkiem w kierunku dna miednicy ujawnia się prędzej lub później zależnie od stopnia jej siły i czasu działania, u wieśniaczek prędzej i w skutkach dotkliwiej, niż u kobiet z miasta spowodu ich cięższej i ciągłej pracy nad siły. Szkodliwy wpływ tłoczni brzusznej może objąć cały narząd rodny kobiety lub tylko poszczególne jego części. Jajowody, biegnące górnym brzegiem więzadeł szerokich, niczem nieosłonięte, ulegają w tych warunkach łatwo przemieszczeniu, co im jeszcze ułatwia brak ich stałego przyczepu od strony jajników. W prawidłowych stosunkach biegną one po odejściu z macicy do boku prawie prosto i poziomo, by mniejwięcej w połowie między boczną ścianą macicy a boczną ścianą miednicy zgiąć się prawie pod kątem prostym ku tyłowi i dołowi. Wytwarzają w ten sposób kąt prosty, którego ramię przyśrodkowe ma stały punkt oparcia w trzonie macicy, a ramię obwodowe, zewnętrzne, w luźnym pozostaje związku z *lig. suspensorium ovarii*, podczas gdy wierzchołek tego kąta zwraca się wprost ku uchyłkowi otrzewnowemu Nucki'ego. Odcinek środkowy trąbki, który tworzy właśnie wierzchołek kąta trąbkowego, cierpi z konieczności najwięcej od tłoczni brzusznej. Każde jej uderzenie o jego wewnętrzną powierzchnię zbliża go coraz bardziej do bramy przepuklinowej, przemieszczając i skracając równocześnie a stopniowo wolne obwodowe ramię trąbki z jajnikiem, póki przy sprzyjających warunkach, przy wrodzonem czy nabytem osłabieniu mięśni brzusznych, otaczających kanał pachwinowy, przy otwartym kanale lub po otwarciu siłą kanału, nie przepcha pętli trąbki przez ścianę brzuszną nazewnątrz w worek przepuklinowy. Obecność w worku przepuklinowym przy przepuklinie pachwinowej trąbki macicznej w formie pętli trąbkowej, dowodzi zawsze przepukliny nabytej. Przepuklin *par glissement* czysto trąbkowych niema. Takie mogą powstać tylko jako wrodzone przepukliny jajnikowo-trąbkowe. Przy powiększaniu się przepukliny trąbkowej może powstać również przepuklina trąbkowo-jajnikowa, gdzie jajnik został zepchnięty następowo razem z obwodowym odcinkiem trąbki. Nie będzie to miało jednak nic wspólnego z hernią *par glissement*.

Mechanizm powstawania przepuklin jajowodowych w nabytych przepuklinach udowych jest ten sam.

Na uwięźnięcie jajowodu w naszym przypadku miała zdecydowanie wpływ ciąża chorej. Podmiotowe i przedmiotowe skutki przemieszczenia się trąbki zaznaczyły się u niej dopiero po roku, gdy spowodu jej ciążowego przekrwienia stał się za ciasny dla niej kanał przepuklinowy. Gromadząca się obok trąbki ciecz przesączynowa i częściowo zapalna rozszerzyła przepuklinowy worek, dając badającemu złudzenie uwięźniętej sieci lub obecności wodniaka kobiecego. Przypadki przepuklin jajowodowych wolnych przebiegają zazwyczaj przez długie lata bezobjawowo i zostają wykrywane dopiero przypadkiem w czasie badania z innego powodu albo przy operacji lub sekcji. Pewne rozpoznanie uwięźniętej odosobnionej trąbki macicznej w przepuklinie pachwinowej lub udowej przed operacją jest bezwarunkowo niemożebne. Diagnoza różnicowa będzie wahać się zawsze między przepukliną sieciową, wodniakiem kobiecym i domniemaną przepukliną jajowodową. W okresach początkowych, zanim przyjdzie do uwięźnięcia jajowodu, przy ustalaniu rozpoznania należy myśleć jeszcze o włókniakach, mięśniakach, włókniako-mięśniakach lub mięsakach więzadła obłego macicy. Po badaniu rentgenologicznem niewiele można się spodziewać. Jajowód jako treść przepukliny jest rentgenologicznie nie do stwierdzenia lub bardzo trudny do stwierdzenia ze względu na małe jego rozmiary.

Leczenie przepukliny jajowodowej wyłącznie operacyjne nie różni się niczem od leczenia wszystkich innych przepuklin. Operować ją należy jaknajwcześniej z odprowadzeniem jajowodu do brzucha. Częściowe lub całkowite wycięcie trąbki będzie zalecane jedynie przy ciężkich jej schorzeniach w następstwie uwięźnięcia, przy jej martwicy, ropieniach i t. p.

Takie leczenie zachowawczo-operacyjne obowiązuje także przy przepuklinach jajowodowych powikłanych ciążą, jak w naszym przypadku. A i wtedy, gdy operacja ustala jako przyczynę przemieszczenia się jajowodu w worek przepuklinowy skrócenia więzadła lub więzadeł obłych macicy, lub gdy tylko domyślamy się podobnego ich skrócenia, postępowanie chirurga powinno być równie konserwatywne, chroniące te więzadła. Zostawia się je nietknięte przy herniotomji i u kobiet ciężarnych, bo ciąża nawet przy ich skróceniu rozwija się dalej prawidłowo. Więzadła obłe macicy przerastają bowiem w ciąży i wydłużają się, osiągając czterokrotną długość swej pierwotnej długości (Spiegelberg, Schiff) nie przeszkadzając jej rozwojowi.

U naszej chorej przebieg pooperacyjny i przebieg ciąży po herniotomji były prawidłowe. Chora urodziła w dniu 9. I. 1936 r. czasowe dziecko, zdrowe, silne.

Odpowiedź na artykuł Tragedja „Aesculape'a" zamieszczony w „Wiadomościach Farmaceutycznych" Nr. 1. 1936.

Pod takim dowcipnym tytułem ukazał się w Nr. 1. 1936 „Wiadomości Farmaceutycznych" artykuł, stanowiacy ciętą odpowiedź na moje sprawozdanie z X Międzynarodowego Kongresu Historji Medycyny w Madrycie, zamieszczone w Nr. 49. 1935 Polskiej Gazety Lekarskiej. Autor odpowiedzi, skryty wstydliwie pod inicjałami „I. Z.", zarzuca mi, iż niesłusznie przypisuję niskość poziomu naukowego czasopisma *„Aesculape"*, będącego organem oficjalnym Międzynarodowego Towarzystwa Historji Medycyny, tej okoliczności, iż czasopismo to jest finansowane przez przemysł farmaceutyczny francuski. Szanowny mój polemista dopatrzył się nawet w moich wywodach jakgdyby obelgi pod adresem farmacji francuskiej. To uogólnienie nie jest właściwe. Farmacja jest nauką, a przemysł farmaceutyczny jest — przemysłem. „Wiadomości Farmaceutyczne" są organem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i stąd pochodzi ich wysoki poziom naukowy. Gdyby to czasopismo było organem przemysłu farmaceutycznego, redakcja nie miałaby obowiązku dbać o jakikolwiek inny poziom, jak tylko taki, który służyłby interesom finansowym przemysłu. Atakując szkodliwe wpływy finansjery farmaceutycznej na poziom naukowy czasopisma *„Aesculape"*, zwracałem się przeciwko ludziom interesu, dla których moje „obelgi" były właściwie wielką pochwałą, pochwałą ich rzutkości handlowej, ich przedsiębiorczości, ich sprytu kupieckiego. Dlatego z wielkiem zdziwieniem patrzę, jak Szanowny p. „I. Z." na łamach „Wiadomości Farmaceutycznych" usiłuje przybrać minę obrażonego w imieniu farmacji. Jakiej farmacji? Farmacji-nauki? Tej nie tykałem; przeciwnie, bardzo ją poważam. Gdyby się zaś pokazało, że obraził się w imieniu przemysłu farmaceutycznego, to chyba Szanowny p. „I. Z." przyzna, iż pomylił się, zamieszczając swą polemikę w organie naukowym, jakim są „Wiadomości Farmaceutyczne" i pomylił się, wogóle obrażając się. Zarzuty moje bowiem zwracały się wyłącznie przeciw redakcji *„Aesculape'a"*, która powinna się wstydzić, iż „sprzedaje swoje ciało", dostosowując się do wymagań „nabywców ciała". Wszelki zarzut sprzedajności trafia zawsze w sprzedawcę a nie w nabywcę.

Sprawa ma zresztą swoje ogólne oblicze. Pieniądze przemysłu farmaceutycznego mogą zrobić b. dużo dobrego i robią też dużo dobrego. Z ogłoszeń tego przemysłu korzystają najpoważniejsze czasopisma. Szanowny p. „I. Z." słusznie podnosi wysoki poziom takich czasopism jak *„Revue d'Histoire de la Pharmacie"* lub wydawnictw *„Gesellschaft f. Geschichte der Pharmazie"*. W pracowniach naukowych wytwórni farmaceutycznych przeprowadza się badania i prace, bez których — śmiało rzec można — nie mogłoby niemal istnieć nowoczesne leczenie kliniczne, a bodaj czy nie klinika sama. Gdyby nie pracownie naukowe wytwórni farmaceutycznych, nie byłoby może potężnych postępów opoterapji i endokrynologji, niemożliwym byłby wogóle eksperyment leczniczy w klinice, ani wspaniałe wyniki diagnostyki rentgenologicznej i wielu innych działów medycyny. Oby mój Szanowny polemista skierował swe nieokiełznane energje raczej ku propagandzie takich wiekopomnych zasług przemysłu farmaceutycznego, a tragedję *„Aesculape'a"* pozostawił tym, którym poziom tego czasopisma leży bardziej na sercu.

Skoro już jednak o tem mowa, warto podnieść, że pieniądze przemysłu farmaceutycznego niezawsze wywierają tak błogosławione skutki. Dzieje się to wszędzie tam, gdzie farmacja usiłuje przekroczyć dość ściśle zakreślony obręb swojej kompetencji i bierze się do dziedzin, które nie do niej należą, lecz których opinja nie jest obojętna interesom przemysłu farmaceutycznego. Ileż to rozmaitych „prac naukowych" przynosi nam na biurko codzienna poczta? Całe stosy broszur, przyczynków, prac kazuistycznych, rozpraw z zakresu terapji klinicznej, czasopism naukowych i t. d. Trzeba powiedzieć otwarcie, że poziom tych prac jest bardzo nierówny, nie dlatego, by wykształcenie autorów stało nisko — broń Boże; ale dlatego, że autorowie ci w wielu wypadkach zatracili poczucie bezstronności naukowej i w pracach swoich z zasady wypowiadają poglądy i dochodzą do wyników takich, jakie są potrzebne danej wytwórni farmaceutycznej. Już po etykiecie koperty można odgadnąć, do jakich wyników doszli autorowie przysłanych lekarzowi prac. Gdyby wierzyć tym autorom, trzebaby dojść do wniosku, że wogóle niema leków nieskutecznych, ani cierpień nieuleczalnych. Są to właśnie następstwa zatracenia się granicy między interesami farmacji jako nauki i farmacji jako przemysłu.

Ileż tu się gorzkich zarzutów nasuwa. Może i zastraszający upadek czytelnictwa lekarskiego dałby się wywieść z nakreślonych uwag? Czy lekarze i farmaceuci nie powinniby sobie raczej podać rąk, aby zgodnie współpracować nad odczyszczeniem zaśmieconej niwy naukowej?

Doc. Dr. Tadeusz Bilikiewicz (Kocborowo).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 5. 1936. Szenwic W.: Gruźlica narządu rodnego kobiety jako rzadko rozpoznawana jednostka chorobowa. — Flaks J.: O wartości hipotezy „virusa" w nowotworach przeszczepialnych. — Ksyk St. i Osiek B.: O działaniu „Sana-Solu" na krzywicę. — Nelken J.: Pamiętnik Forela (c. d.).

Młoda Matka. Nr. 4. 1936.

Ginekologja Polska. T. XV. Z. I—II. 1936. Bocheński K.: Zakrzepy i zatory w położnictwie i ginekologji. — Lenczowski J.: Częstość zakrzepów i zatorów w położnictwie i ginekologji na podstawie materjału kliniki lwowskiej w ostatniem dziesięcioleciu (1924—1935). — Saidl J.: Przypadki zakrzepów i zapalenia żył zakrzepowego w naszej klinice w latach 1925—1934. — Zubrzycki J.: Częstotliwość zakrzepów w stosunku do zabiegów ginekologicznych. — Wójcicki H.: Zakrzepy i zatory. — Grabowiecka L.: Zakrzepy żył i zatory na podstawie materjału Kliniki Poł.-Gin. U. S. B. za lata 1923—1935. — Gerhardt L.: Zakrzepy i zatory w położnictwie i ginekologji na podstawie materjału Oddziału Poł.-Gin. Szpitala Lwowskiego. — Seidler M.: Zakrzepy i zatory na Oddziale Położ.-Ginek. Szpitala U. S. we Lwowie. — Kretter K.: Wartość lecznicza hirudynizacji w zakrzepach. — Szymanowicz J. i Herzhaft St.: Wpływ czynników hamujących krzepnięcie krwi na powstawanie zakrzepów w eksperymencie. — Grünhut: Występowanie zakrzepów pooperacyjnych, zapobieganie zakrzepom i ich leczenie. — Schwarz S.: Wpływ wlewań kroplowych dożylnych i doodbytniczych po zabiegach na powstawanie zakrzepów. — Jakowicki Wł.: W sprawie etjologji ciąży pozamacicznej. — Szelhaus J.: Ciąża pozamaciczna na podstawie materjału Kliniki Położn.-Ginekol. U. S. B. w Wilnie. — Wójcicki H.: Następstwa ciąży pozamacicznej. — Beck: Wyniki przyszycia macicy do powłok brzusznych własnym sposobem. — Żuralski: Wytworzenie sztucznej pochwy metodą Kirschnera. — Seidler M.: Wskazania i technika sterylizacji operacyjnej. — Mączewski St.: Rola czynnika konstytucjonalnego w statyce narządu rodnego. — Uhma Cz.: Leczenie nadżerek borowiną krynicką stosowaną do pochwy. — Malinowski M.: Rak kikuta części pochwowej macicy po nadpochwowem odcięciu trzonu macicy. — Laskownicki St.: Operacja wszczepienia moczowodu do kiszki grubej metodą Coffey'a. — Horalek F.: Możliwość zastąpienia przetworów jajnikowych lekami i dietą. — Zubrzycki J.: O wessalności hormonu rujowego drogą skórną i przewodu pokarmowego. — Starzewski W. i Syrek A.: Zmiany w nadnerczach w odczynie ciążowym Friedmanna. — Zawodziński T.: Próby określenia stanu hormonalnego w przypadkach mięśniaków macicy. — Liebhart St.: Klinika kobiecych hormonów płciowych. — Zubrzycki J.: Leczenie krwawień okresów przejściowych radem. — Czyżak: W sprawie patogenezy wrodzonego obrzęku płodu i łożyska (Hydrops foetus et placentae congenitus). — Grabowiecka L.: Ćwiczenia fizyczne w okresach miesiączki, ciąży i połogu. — Bajoński J.: Ciąża a nędza mieszkaniowa. — Bajoński J.: Porażenie nerwu strzałkowego w związku z ciążą i porodem. — Szymanowicz J.: Gruczolistość pozaszyjkowa macicy w przebiegu ciąży, porodu i połogu. — Zaleski W.: Wpływ czynników mechanicznych i chemicznych na powstawanie doświadczalnej adenomyosis u króliczek. — Mączewski St.: Uwagi kliniczne o nabłoniaku kosmówkowym ze szczególnem uwzględnieniem leczenia. — Serini M.: Zakażenie połogowe po operacjach położniczych. — Karnicki W.: Pokaz filmów nakręconych w Państwowej Szkole Położnych w Wilnie. — Długi H.: Płytkogram podczas ciąży. — Długi H.: Badania porównawcze nad zawartością białka w surowicy krwi z żyły matki, żyły pozałożyskowej i pępowinowej. — Uhma Cz.: Badania doświadczalne drgawek porodowych. — Kosiński N.: Leczenie rzucawki porodowej pernoktonem. — Saidl J.: Zakrzepy i zatory w położnictwie i ginekologii (według materjału kliniki prof. Ostrcila i materjału patologiczno-anatomicznego prof. Kymli w Pradze).

Nowiny Lekarskie. Z. 4. 1936. Michalski Zd. i Kruszówna M.: O zaparciu nawykowem. — Bielas A.: O uśpieniu ewipanowem. — Miedzianowski A.: O pierwotnych rakach wątroby. — Mastyńska M.: Król Stanisław August Poniatowski jako protektor medycyny i lekarzy (dok.).

Higjena Psychiczna. Nr. 6—7. 1935. Żółtowski H.: Obezpłodnienie w Polsce. Zarys problemu de lege lata i de lege ferenda. — Nelken J.: Higjena higjeny.

Przemysł Chemiczny. Z. 11—12. 1935.

Polskie Zioła. Nr. 2. 1936.

Przegląd Weterynaryjny. Nr. 2. 1936.

OCENY.

Radiologie clinique du tube digestif. I. Estomac-duodenum. DUVAL P., J. CH. ROUX, H. BECLERE. 2. wyd. Str. 374. Tablic 107 z 514 radjogramami i 516 szematami. Masson et Cie Paryż. 1935. Cena 330 fr.

Drugie wydanie wspaniałego atlasu-podręcznika zasługuje na szczególną uwagę i przynosi chlubę piśmiennictwu francuskiemu. Forma zewnętrzna, a w szczególności ilustracje wykonane są bez zarzutu i technicznie znacznie lepiej jak w wydaniu pierwszem. Wiele rycin zmieniono i dodano nowe. Również tekst uległ pewnym zmianom i uzupełnieniom, których wymagały postępy radjologji lat ostatnich (badanie błony śluzowej, nieżyt żołądka, kiła). W krótkiej lecz bardzo przejrzystej formie podają autorzy ogrom własnego doświadczenia, oparty na materjale posiadającym sprawdzian operacyjny i obserwacje kliniczne. Dzieło powyższe jest wynikiem ścisłej i pełnej wzajemnego zrozumienia współpracy radjologa, chirurga i internisty.

Podział materjału bogato ilustrowanego odpowiada potrzebom praktycznym i dydaktycznym. Brak uwzględniania piśmiennictwa i odpowiednich wskazówek oraz zwięzłe ujęcie przedmiotu nie zmniejszają w zupełności wartości tej zewszechmiar godnej poznania książki, która zainteresuje w równej mierze radjologa jak i klinicystę. Sukces pierwszego wydania powyższej książki, które zostało w niespełna dwa lata wyczerpane, rokuje jej najlepsze powodzenie.

Doc. Dr. W. Grabowski (Lwów).

Durchleuchtungstechnik der inneren Organe. F. KUHLMANN. Urban-Schwarzenberg. 1935. Str. 104. Ryc. 68.

Książka powyższa stanowi wprowadzenie początkującego radjologa w dział metodyki i techniki badania narządów wewnętrznych. Jest ona uzupełnieniem klasycznych podręczników diagnostyki radjologicznej, które nie uwzględniają praktycznych działów radjologji. Autor zestawił zwięźle na 104 stronach zasadnicze metody badania i wskazał słusznie na wartość dobrze i starannie przeprowadzonego prześwietlenia (radjoskopji). Nie jest to podręcznik wyczerpujący, lecz jako przewodnik dla początkującego odda niewątpliwe korzyści.

Doc. Dr. W. Grabowski (Lwów).

Grundriss der Kurzwellentherapie. W. HOLZER, E. WEISSENBERG. Wiedeń 1935. W. Maudrich. Str. 174. Ryc. 53. Tablic 6.

Zarys leczenia krótkiemi falami składa się z dwóch części. Pierwsza część fizykalno-techniczna (W. Holzer) bardzo szczegółowa i obszerna (125 str.), omawia wyczerpująco naukę o drganiach, technikę pomiarów, szczegóły konstrukcji aparatów. Słusznie podnosi autor zdanie Dessauera że „w znacznej części możnaby uniknąć niepowodzeń, gdyby podstawy fizyczne były lepiej znane". Obszernie omówiono sprawę swoistości fal krótkich oraz teorje ich działania.

Druga część poświęcona jest zastosowaniu fal krótkich w lecznictwie (Weissenberg). Na zaledwie 50 stronach podaje autor jednostki chorobowe, przy których leczeniu zastosowanie znalazły fale krótkie i podaje osiągane wyniki. Oparł się na własnem doświadczeniu i piśmiennictwie. Zbyt jednak pobieżnie potraktowany został ten dział praktycznego stosowania terapji krótkofalowej, razi niestosunek w opracowaniu obu części książki. Na końcu dołączony jest wyczerpujący spis piśmiennictwa technicznego i lekarskiego.

Doc. Dr. W. Grabowski (Lwów).

Exploration radiologique des colons et de l'appendice au moyen des solutions floculantes. Images de muqueses. Technique-sémiologie-syndromes. MAINGOT G., SARASIN R., DUCLOS H. Paryż. Masson et Cie. 1935. Str. 229. Ryc. 203. Cena 200 fr.

Wśród wydawnictw radjologicznych znanej nakładczej firmy Massona wychodzi w formie atlasu-podręcznika dzieło wyczerpujące o badaniu radjologicznem kiszki grubej przy użyciu płynów koloidalnych, pozwalających na przedstawianie rysunku błony śluzowej. Jest to dział diagnostyki radjologicznej, będący dopiero w opracowaniu, stąd też z uznaniem powitać należy książkę jako obszerną monografję, zajmującą się tą sprawą. Nazwisko G. Maingot, kierownika Oddziału Radjologicznego Szpitala Laënneca, stanowi rękojmię naukowego i krytycznego opracowania przedmiotu.

W części pierwszej omówiono szczegółowo technikę stosowaną przez autorów dla przedstawiania rysunku błony śluzowej. Używają oni koloidalnych niestabilizowanych roztworów w rodzaju *Collothorn, Diagnothorin* lub *Umbrathoru*. Pod ciśnieniem, zapomocą aparatu własnej konstrukcji, wprowadzają w dwojakiem stężeniu substancję kontrastową, przyczem najczęściej wystarcza ilość 500 cm³ roztworu. Zasadniczo badanie radjologiczne kiszki grubej składa się z trzech etapów: 1) wypełniania przy słabem rozszerzaniu światła kiszki grubej, 2) po opróżnieniu, 3) po wydęciu. Szczególnie zwrócono uwagę na konieczność dokładnego oczyszczenia kiszki grubej, na błędy możliwe w interpretacji wynikłe z niedostatecznej techniki i trudności badania. Następnie omówiono dane z anatomji i fizjologji.

Część druga książki poświęcona jest semjologji radjologicznej. Przedstawiono tu objawy radiologiczne, stwierdzone w trzech etapach badania.

W części trzeciej zebrano syndromy kliniczne różnych schorzeń kiszki grubej. W ostatnim rozdziale przedstawiono badanie radjologiczne wyrostka robaczkowego.

Pod względem typograficznym i doboru rycin książka przedstawia się wspaniale. Zwięzłe przedstawienie przedmiotu stanowi dużą zaletę a zestawienie piśmiennictwa jest korzystnem uzupełnieniem tego pięknie wydanego dzieła.

Doc. Dr. W. Grabowski (Lwów).

Le sang des Hypertendus (Krew przy wzmożonem ciśnieniu). G. CARRIÈRE et CL. HURIEZ. G. Doin et Cie. Paryż 1936. Str. 386. Cena 50 fr. fr.

Celem tej książki było zbadanie u poważnej ilości chorych o wzmożonem ciśnieniu tętniczem fizyko-chemicznych własności krwi w warunkach możliwie ścisłych. Na wstępie autorowie tłómaczą dlaczego podzielili swe spostrzeżenia na grupy, które zresztą żadnej przedwcześnie narzuconej przyczynowości w sobie nie zawierają.

Plan przedstawienia wyników badań polegał na wyłożeniu w poszczególnych rozdziałach wszystkiego, co dotyczy tego, czy innego objawu spotykanego we krwi chorych o wzmożonem ciśnieniu. Dla zapoznania się z własnościami krwi czytelnik nie będzie zmuszony do odczytywania różnych rozdziałów książki.

Raczej zbadanie szczegółowe każdej własności prowadzi autorów do ogólnego rozważania biologji każdego typu klinicznego. Dla każdej grupy z nadciśnieniem stworzono szemat zmian humoralnych, wskazując na te zmiany, które wywoływane są chorobowym stanem i na te, które jedynie od nadciśnienia zależą.

Dwa tysiące spostrzeżeń upoważniają do wystawienia formuły biologicznej wzorowej (szematycznej) tych zmian, które u każdego chorego z nadciśnieniem się zdarzają. Formuła taka oddaje zmiany głębokie w przyswajaniu (metabolizmie) chorych z nadciśnieniem i wykazuje ich przystosowanie w równowadze tłuszczowo-białkowej. „Krew w tych wypadkach obfituje szczególniej w składniki chemiczne, których nadmiar jest jakoby przystosowany i wybrany w dwóch kierunkach“. Przeciwstawia się ich zawartość prawie normalną w azotowe związki i chlorki, ich lekki nadmiar ciał cukrowych — poważnym zmianom w przyswajaniu ciał tłuszczowatych i białkowatych *(protides)*. Szczególny nacisk kładzie się na niezwykły podział produktów przyswajania. Powiekszenie cholesteryny przekracza ilość ogólną ciał tłuszczowatych, tak jak przewaga surowiczych białek przekracza całą zawartość ciał białkowych.

Wreszcie te zmiany powiększają gęstość i lepkość krwi i surowicy. Autorowie nie przypuszczają, że te zjawiska mają warunkować sprawę nadciśnienia, powiększając pracę serca i zmieniając wypływ krwi z naczyń. Uważają, je raczej za pośrednie czynniki pomiędzy zaburzeniami płynów ustrojowych *(humoral)* i ośrodków regulacji ciśnienia tętniczego. Osobną rolę przypisują powiększeniu napięcia onkotycznego w nadciśnieniu tętniczem.

Trzeba jednak, wedle autorów, bardzo oględnie tłómaczyć zboczenia humoralne w czasie nadciśnienia, które liczne wywołuje zagadnienia. Czy spotyka się to we wszelkich nadciśnieniach tętniczych? Czy ten objaw zagęszczenia tłómaczy nieprzepuszczalność nerek? Jaką rolę odgrywa ten objaw w zboczeniach porażennych, a szczególniej w zboczeniach gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem.

Autorzy przytaczają kilka godnych uwagi zestawień danych humoralnych (płynów tkankowych) w stanach chorobowych, co im pozwala wykazać ścisłą zależność zmian humoralnych i ciśnienia — albo podkreślić różnice pomiędzy sprawą humoralną a sprawą ciśnienia niektórych zapaleń nerek — przeciwstawić zjawiskom biologicznym nadciśnienia stan w nerkowych sprawach lipoidowych i wyciągnąć wnioski dotyczące powstawania nadciśnienia — i stwierdzić różnicę stanowczą pomiędzy objawem nadciśnienia w chorobie Addisona, a zjawiskami humoralnemi.

Porównanie to potwierdza swoistość zmian humoralnych w sprawach nadciśnienia wszelkiego rodzaju. Pochodzenie wydzielenia wewnętrznego *(endocrinien)* a szczególniej wydzielenia nadnercza, tych zaburzeń ciśnienia tętniczego i spraw surowiczych znajduje tu potwierdzenie, które ma poważne znaczenie. Wogóle „nuta dokrewnego wydzielenia“ uwydatnia się przez zestawienie formuł biologicznych różnych stanów „tarczycowych“, „wątrobowych“ w związku z objawami humoralnemi stałego nadmiernego ciśnienia tętniczego.

Te są zjawiska, na które autorowie kładą nacisk w badaniu krwi u ludzi z nadciśnieniem tętniczem.

Czy można potem mówić o jednolitym mechanizmie chorobotwórczym nadciśnienia? Byłoby to pominięciem znaczenia czynności nerwowych a szczególniej nerwu współczulnego. Ale tłumaczyć — wedle Loepera — zboczenia surowicze — „jako pośredniczące pomiędzy zjawiskami chorobowemi a odczynem widzianym“ nie zmniejsza wartości tego badania.

Badanie krwi w chorobie nadciśnienia pozwala autorom podkreślić poważne zaburzenia przyswajania i składu surowicy jakby związane z licznemi zboczeniami czynności miąższowych szczególniej wewnętrznego wydzielania. Wpływ tarczycy, wątroby, nadnercza jest wedle ich zdania miarodajny. A nawet gdyby te objawy surowicze (humoralne) były tylko pośrednikami pomiędzy zaburzeniami w odżywianiu i przyswajaniu rozlicznych ciał a czynnikiem umiaru *(regulation)* ciśnienia tętniczego — to przecież zespół ten wobec tego, że spotykamy go tak często — świadczy o tem, że nadciśnienie posiada swoiste podłoże surowicze.

„Celem tej książki jest przedewszystkiem zestawić fakty“. Obok wyniku badań prowadzonych przez dwa lata przez C. i H. wraz z ich współpracownikami znajdzie czytelnik liczne dane dotyczące biologji humoralnej nadciśnienia tętniczego w bibljografji, która planowi dociekań towarzyszy. Autorowie uważali, że w ten sposób najłatwiej uporządkować liczne źródła — przeszło 800 przyczynków.

Autoreferat.

Tłómaczył: *W. Moraczewski* (Lwów).

Kolloidfibel für Mediziner (Elementarz koloidowy dla medyków). RAPHAEL LIESEGANG. Theodor Steinkopff Verlag. Dresden u. Leipzig. 1936. S. 32.

Zadaniem tej książeczki — według słów autora — ma być zachęcenie czytelników do bardziej wyczerpujących studjów w tej dziedzinie. W niezmiernie jasnej i łatwo zrozumiałej formie przyswaja autor czytelnikowi szereg pojęć z dziedziny koloidochemji, wykazując jej znaczenie dla nauk przyrodniczych wogóle, a w szczególności dla medycyny. Mimo skromnych rozmiarów zdołał autor w tej broszurze nagromadzić tyle pouczającego materjału, że czytanie jej połączone jest nietylko z wielką korzyścią dla nieobznajomionych z tą dziedziną, ale wzbudza też prawdziwe zainteresowanie u orjentujących się w tej gałęzi wiedzy.

Ed. Falik (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

Pijawki północno-wschodniej Polski. STANISŁAW LIŚKIEWICZ. Wilno 1934. Prace Tow. Przyj. Nauk. T. VIII.

Praca ta zawiera szczegółowy opis siedemnastu gatunków zebranych z czterdziestu ośmiu miejscowości — stawów, jezior, rzek, rowów — położonych w okolicy Wilna, w województwie nowogrodzkiem i poleskiem. Było tego 94 zbiory i 1304 okazy zebrane z 74 stanowisk. Każdy gatunek posiada opis gatunku, miejsce znalezienia i występowania. Prawie wszystkie oddane są w barwnych rysunkach i szematach układu mięśniowego. Przy opisie każdym podana jest literatura, której spis wynosi 100 prac. Rysunki zebrane są w trzech tablicach.

W. Moraczewski (Lwów).

Wpływ johimbiny na wegetatywny system nerwowy (II). PETER WEGER. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. H. 3. Och 4. 16. XII. 1935.

Doświadczenia autora, w których zatruwał rozmaite wyosobnione *in situ* narządy johimbiną, doprowadziły go do wniosku, że johimbina w swoisty sposób zmienia mechanizm działania sympatycznego systemu nerwowego. W ten sposób bodźce, które np. w normalnych warunkach powodują za pośrednictwem systemu sympatycznego zwężenie naczyń i podniesienie ciśnienia krwi, po zatruciu johimbiną wywołują rozszerzenie naczyń i spadek ciśnienia krwi. Pozatem johimbina podobnie, jak ergotoksyna

poraża sympatyczne zakończenia nerwowe, natomiast pobudza wprost komórki narządów unerwionych przez system nerwowy wegetatywny. Na parasympatyczny system nerwowy johimbina nie działa. *Szajna* (Kołomyja).

Niektóre własności farmakologiczne jalapiny i gumigutty. NILS HOLLANDER. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. H. 3. Och 4. 16. XII. 1935.

Jalapina (glukozyd o właściwościach żywicy) działa drażniąco wprost na komórki mięśniowe jelita i macicy królika; równocześnie poraża parasympatyczny system nerwowy. Ten drażniący wpływ jalapiny uwidacznia się przedewszystkiem wzrostem napięcia muskulatury gładkiej. Gumigutta wywiera tak na jelito królika jak i na jego macicę wpływ hamujący: zmniejsza intensywność skurczów oraz obniża napięcie. Podobnie, jak gumigutta, jalapina poraża parasympatyczny system nerwowy. Doświadczenia przeprowadzone były na narządach izolowanych.

Szajna (Kołomyja).

Wytwarzanie witaminy C. przez organizm zwierzęcy. VIKTORS KALNINS. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. H. 3. Och 4. 16. XII. 1935.

Doniedawna panowało przekonanie, że ustrój zwierzęcy nie wytwarza witamin, że muszą one być wprowadzone zzewnątrz jako gotowe produkty świata roślinnego. Z biegiem czasu przekonano się jednak stopniowo, że ustrój zwierzęcy potrafi wytwarzać witaminę D, B, A, o ostatnio (1931 r.) wykazano, że wątroba psów, które przez 154 dni nie otrzymywały w pokarmach witaminy C, leczy doświadczalny skorbut świnek morskich (Innes). Doświadczenia innych autorów wykazały, że istnieje cały szereg zwierząt, które nie reagują na brak witaminy C w pokarmach, gdyż potrafią ją same wytwarzać (psy, szczury, kury, króliki). Odkrycie Szent-Gyoergyi'ego, że kwas askorbinowy leczy skorbut świnek morskich, idealnie nadających się do badań nad awitaminozą C, sprowadziło kwestję witaminy C na tory ścisłej chemji fizjologicznej. Kwas askorbinowy jest właśnie tą witaminą C, lub najważniejszym jej składnikiem. Posiada on silne własności redukcyjne, które posłużyły do opracowania metod chemicznego wykrywania witaminy C (czarne zabarwienie wywołane przez kwas askorbinowy w obecności azotanu srebrowego; Tillmanna metoda indofenolowa). Przy pomocy tych metod przekonano się, że nadnercza i wątroba szczurów, myszy, królików, psów i kotów zawiera witaminę C mimo podawania pokarmów bez witaminy C. Szent-Gyoergyi wykazał, że 1 mg kwasu askorbinowego wywiera to samo działanie lecznicze na świnki morskie, chorujące na skorbut, co 1,5 cm^3 soku cytrynowego. Doświadczenia Kalnins'a polegają na tem, że przez 1—3 miesięcy trzymał szczury na diecie bez witaminy C. Szczury te pozostały zupełnie zdrowe. Na takiej samej diecie trzymał świnki morskie przez przeciąg 18—22 dni; u wszystkich świnek wystąpiły wyraźne objawy skorbutu. Następnie podawał świnkom w celach leczniczych następujące ciała: kwas askorbinowy, zawiesinę mózgu szczurów, którym nie podawano witaminy C, oraz zawiesinę wątroby, nerek, nadnerczy i wyciąg ze skóry tychże szczurów. Wybitne lecznicze własności wykazały w tych doświadczeniach (kwas askorbinowy), zawiesina mózgu, nadnerczy; mierne własności lecznicze wykazała zawiesina z wątroby i nerek; wyciąg ze skóry pozostał wogóle bez wpływu na doświadczalny skorbut świnek morskich. Przez te doświadczenia udowodnił autor, że ustrój szczurów potrafi wytwarzać witaminę C mimo braku tej witaminy w pokarmie. W dalszym ciągu autor wyliczył, że 1 gram nadnerczy zawiera od 1—5 mg kwasu askorbinowego, — mózgu ca. 1 mg, wątroby 0.2—0,3 mg, nerek mniej niż 0,1 mg, skóry 0 mg. Inne badania autora wykazały, że mózg i wątroba zdrowych świnek morskich zawiera te same ilości kwasu askorbinowego. Natomiast świnki morskie chore na skorbut zawierają w swych narządach dziesięciokrotnie mniej witaminy C, podczas gdy króliki nie otrzymujące przez miesiąc witaminy C wykazywały w mózgu w 1 g substancji 0,5—1 mg, w wątrobie 0,1—0,2 mg kwasu askorbinowego. *Szajna* (Kołomyja).

Patologja.

Równoczesne rakowate i gruźlicze schorzenie przewodu pokarmowego. OLOF SAEFWENBERG. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. H. 3. Och 4. 16. XII. 1935.

Opis dwu przypadków z równoczesnemi zmianami rakowatemi i gruźliczemi w żołądku oraz jednego przypadku z takimiż zmianami w ślepej kiszce. Równoczesność tych schorzeń jest bardzo rzadka, dotąd opisano około 23 przypadki.

Szajna (Kołomyja).

Rzekome skurcze żołądka, wywołane przez spazm mięśni brzusznych. LARS LOENNERBLAD. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. H. 3. Och 4. 16. XII. 1935.

Autor opisuje przypadki, u których pod wpływem skurczu powstawał wał mięśniowy w mięśniach powłok brzusznych. Ten wał mięśniowy powoduje niekiedy spazmatyczne wpuklenie ściany żołądka. *Szajna* (Kołomyja).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Doświadczenia z dożylnemi wstrzykiwaniami Cholevalu w schorzeniach dróg żółciowych. RUDOLF KAYSER. Med. Klin. 1935. Nr. 38. Str. 1242.

Autor wspomina, że już przed 12 laty uzyskał Singer dobre wyniki, stosując jałowe roztwory Cholevalu w ciężkiem, trwającem od dłuższego czasu, zapaleniu dróg żółciowych i woreczka żółciowego, połączonem z gorączką, silnem obrzmieniem wątroby i żółtaczką. Autor potwierdza te korzystne wyniki. Z wielkiej ilości swych pacjentów opisuje kilka przypadków w swej publikacji. W końcowej części pracy wymienia jako wskazania: ostre i przewlekłe zapalenie dróg żółciowych, zapalenie woreczka żółciowego, kamica wątrobowa, pozostałości po durze, żółtaczka, obrzmienie wątroby, oraz wszystkie powikłania zapalne w schorzeniach dróg żółciowych. Choleval działa także bardzo korzystnie, stosowany zapobiegawczo dla odkażenia przed operacja dróg żółciowych i do leczenia dolegliwości pooperacyjnych. Ciepłota szybko spada, objawy zapalne wybitnie słabną i bóle ustępują. *J. Bader* (Warszawa).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Czy wczesne wyjęcie zawiązków drugiego albo trzeciego dolnego zęba trzonowego przy progenji jest wskazane? A. CIESZYŃSKI. Polska Stomatologja. Nr. 11 i 12. 1935.

W wypadkach wrodzonej skłonności do patologicznego rozrostu żuchwy, który w efekcie daje progenję, stosuje autor wczesne usunięcie zawiązków zęba trzeciego albo drugiego dolnego trzonowca, i w ten sposób przeciwdziała tworzącej się w miarę rozrostu aparatu żucia progenji. Tak przez germinotomję lub wczesne usunięcie zębów mądrości, które działają wedle autora jak klin odpychający przednią część czaszki twarzowej od czaszki mózgowej można przeciwdziałać progenji.

T. Owiński (Lwów).

Polocaina w stomatologji. J. JARZĄB. Polska Stomatologja. Nr. 11 i 12. 1935.

Na podstawie przeprowadzonych badań chemicznych, histologicznych oraz obserwacyj klinicznych polocaina, odpowiednio przyrządzona w ampułkach do znieczuleń, przewyższa jakością wszystkie podobne dotychczas preparaty. Roztwór polocainy dzięki zastosowaniu rozczynu wyrównawczego i fizjologicznego chlorku potasowego, posiada odczyn chemiczny najbardziej zbliżony do obojętnego o stężeniu jonów wodorowych pH 6.8, gdy inne preparaty tak krajowe jak i zagraniczne posiadają odczyn wybitnie kwaśny o stężeniu jonów wodorowych od pH 1.95 do 2.6.

Powyższe cechy polocainy podnoszą jej znieczulające działanie, które następuje pewnie i szybko, bez szkody dla tkanki. Nie rozpuszcza czerwonych ciałek krwi ani nie powoduje bólów t. zw. poekstrakcyjnych i pooperacyjnych.

Świeżo przygotowana polocaina przed każdem użyciem we fizjologicznym rozczynie KCl z dodatkiem jednej kropli adrenaliny na 1 cm^3 wykazuje zasadowy odczyn o stężeniu jonów wodorowych pH 7.3, przez co zwiększa jeszcze bardziej swoje cechy znieczulające i działa dodatnio na tkankę. *Autoreferat.*

Badania doświadczalne nad opornością różnych rodzajów krwi przeciw działaniu hormonów tarczycy. EUFINGER i GOTTLIEB. Monatsschrift f. G. u. Gyn. T. 98. Z. 5.

Odkrycie Cudernatsch'a o przyspieszającym wpływie hormonów tarczycy na rozwój kijanek żaby posłużyło autorowi za punkt wyjścia do badań nad właściwościami przeciwtarczycowemi różnych rodzajów krwi. Posługując się kijankami żaby w hodowli wodnej z dodatkiem tyroksyny w różnych stężeniach, z jednoczesnym dodatkiem krwi kobiet nieciężarnych, ciężarnych, krwi pozałożyskowej, oraz pępowinowej — i kontrolując wzrost osobniczy oraz szybkość przemian kijanek w poszczególnych hodowlach doszedł autor do następujących wyników:

1) krew ciężarnych, krew pozałożyskowa i pępowinowa wykazują wybitnie zmniejszone właściwości przeciw-tarczycowe w porównaniu z krwią kobiet nieciężarnych,

2) witamina A okazuje działanie hamujące na tyroksynę,

3) witamina D zachowuje się najczęściej obojętnie,

4) cholina wzmaga znacznie działanie tyroksyny,

5) krew z okresu pokwitania zawiera tak znaczną ilość składników, pobudzających wzrost, że działanie tyroksyny zostaje niejako zepchnięte na plan dalszy.

(Tyroksyna ma, według powyższych badań, hamować wzrost osobniczy kijanki, na korzyść szybszej przemiany w formy dojrzałe). *J. Lenczowski* (Lwów).

Niepłodność a mięśniaki macicy. M. RANDAZZO. Monatsschrift f. G. u. Gyn. T. 98. Z. 5.

Wychodząc z zapatrywania Sfameni'ego, że mięśniaki macicy nietylko w dużym odsetku przypadków powodują niepłodność, ale że zachodzi również i stosunek odwrotny, t. j. niepłodność przyczynia się do powstawania mięśniaków, opracował autor statystykę kliniczną, obejmującą 358 przypadków mięśniaka macicy, ujętą z tego punktu widzenia. Ze statystyki tej okazalo się, że 26,8% kobiet nigdy nie zachodziło w ciążę; tem samem uważa autor pierwszą część twierdzenia za słuszną. W celu wykrycia wpływu niepłodności na tworzenie się mięśniaków, sprawdził autor, jak długi okres czasu upłynął od ostatniej ciąży, a stwierdzeniem tych guzów. Z materjału autora wynikło, że w 64,25% przypadków ostatnia ciąża była przed upływem 35 roku życia, co jest zjawiskiem tem więcej godnem zastanowienia się, że kobiety obarczone mięśniakami macicy, miesiączkują do wieku późniejszego, niż kobiety zdrowe. Zatem autor uważa i drugą część twierdzenia Sfameni'ego (wpływ niepłodności na tworzenie się mięśniaków macicy) za słuszną. *J. Lenczowski* (Lwów).

Sześciookresowe opadanie ciałek czerwonych w zastosowaniu w ginekologji i położnictwie. F. HEIMANN. Monatsschrift f. G. u. Gyn. T. 98. Z. 5.

Obliczanie szybkości opadania krwinek w 15-minutowych odstępach czasu z graficznem przedstawieniem krzywej, jak to obecnie z wielu stron zalecają, przekonało autora o większej subtelności tego rodzaju mierzenia odczynu, aniżeli metod dotychczas stosowanych. Badania swoje przeprowadził autor w 149 przypadkach położniczych i ginekologicznych. Stroną ujemną tej modyfikacji jest dość uciążliwe doglądanie aparatury przez przeciąg 1½ godziny, i dlatego praktycznie stosować można tę metodę w przypadkach, nastręczających diagnostycznie wyjątkowe trudności. *J. Lenczowski* (Lwów).

Oziębłość płciowa u kobiet i jej zwalczanie. W. SCHMIDT. Monatsschrift f. G. u. Gyn. T. 98. Z. 5.

Wskazując na niezmiernie ważną dziedzinę braku orgazmu u kobiet podczas stosunku płciowego w patologji seksualnej, podaje autor szereg praktycznych wskazówek w celu jego zwalczania. Wskazówki te niczem zasadniczo nie różnią się od dotychczas znanych. A więc, obok sugestji, zaleca autor stosowanie nasiadówek z szyszek sosnowych, zażywanie przetworów johimbiny i theliganu. Nierzadko polecenia godne bywa smarowanie żołędzi członka przed wprowadzeniem do pochwy gliceryną lub maścią kamforową. Preparaty te wywołują większe przekrwienie i mogą przyczynić się do wywołania orgazmu kobiecego. Bardzo ważną rzeczą jest pouczenie partnera o technice stosunku płciowego, w tym sensie, aby podczas tego aktu mężczyzna wywierał większy nacisk na okolicę łechtaczki. Czasem uzyskiwało się dobry wynik przez wykonywanie masażu łechtaczki przed stosunkiem. *J. Lenczowski* (Lwów).

Przypadek podwójnej pochwy. W. SCHMIDT. Monatsschrift f. G. u. Gyn. T. 98. Z. 5.

Opis przypadku pochwy podłużnie przegrodzonej. Przegroda silnie unaczyniona, mięsista. Na żądanie chorej autor przegrodę wyciął. Badanie drobnowidowe wykazało, że przegroda powstała na skutek niezupełnego zlania się obu przewodów Müllera. *J. Lenczowski* (Lwów).

Balon maciczny, jako środek do przerwania ciąży powyżej 12 tygodni. P. CHASCHINSKY i S. JERSCHOW. Monatsschrift f. G. u. Gyn. T. 98. Z. 5.

Pomiędzy sposobami, używanemi do przerwania ciąży, zapomnieniu ulega sposób dawniejszy, a mianowicie wprowadzenie balonu do macicy. Autorzy sądzą, że wywołanie poronienia przez wprowadzenie balonu jest bardziej zbliżone do fizjologicznego wydalania jaja płodowego, aniżeli nagłe opróżnienie macicy sposobem operacyjnym. Sposób ten rzadko zawodzi. Czasami okazuje się celowe podawanie środków, kurczących macicę, zwłaszcza w połączeniu z chininą. W połowie przypadków zachodziła potrzeba usunięcia resztek jaja płodowego. Niebezpieczeństwo zakażenia nie jest większe, niż w innych metodach. Statystyka obejmuje 262 przypadki. *J. Lenczowski* (Lwów).

Leczenie chorób ginekologicznych tamponami pochwowemi ze szlamu morskiego poza uzdrowiskiem. O. BELITZ. Monatsschrift f. G. u. Gyn. T. 98. Z. 5.

Szlam przywożono z Odessy. Leczenie przeprowadzono u 605 chorych ginekologicznych, cierpiących przeważnie na przewlekłe schorzenia zapalne narządu rodnego. Z wyników leczniczych autor jest wogóle zadowolony. Szczególnie nadają się do leczenia sprawy zapalne sromu, pochwy, szyjki i trzonu macicy. Zapalenie przydatków wymaga leczenia kombinowanego (w połączeniu z innemi sposobami leczniczemi).

Słabą stroną dowodową pracy jest to, że w bardzo nielicznych tylko przypadkach stosowano wyłącznie leczenie szlamem. U większości chorych stosowano leczenie kombinowane, jak wodolecznictwo, leczenie elektrycznością i światłem, diatermję i jonogalwanizację, szczepionki, preparaty z narządów i t. d. Okoliczność ta nie pozwala czytelnikowi ocenić działania leczniczego jedynie szlamu morskiego. *J. Lenczowski* (Lwów).

Spondylolisthesis i przebieg porodu (na podstawie przypadku porodu samoistnego przy miednicy o charakterze wybitnej spondylolisthesis). H. KIRCHHOFF. Zbl. f. Gyn. Nr. 31. 1935.

Pod nazwą *spondylolisthesis* (sp.) rozumieć należy taką deformację kręgosłupa, przy której następuje zsunięcie ku przodowi trzonu V lub VI kręgu lędźwiowego razem z częścią łuku i górnemi wyrostkami stawowemi z pozostawieniem tylnej części łuku, tylnych wyrostków stawowych i wyrostków ościstych. Jest to możliwe w przypadkach wytworzenia szpary w części międzystawowej. Całkowite zsunięcie całego kręgu wraz z łukiem i wyrostkiem ościstym nazywamy zwichnięciem kręgu.

Jeżeli w przypadkach sp. niezbyt daleko posuniętych część przodująca płodu już przeszła wchód miednicy, to przeszkoda porodowa nie została jeszcze pokonana, jak np. przy miednicy płaskiej rachitycznej, gdyż przy sp. jest często tak znaczne ścieśnienie wychodu, że poród siłami natury staje się niemożliwy. Rozpoznanie sp. możliwe jest tylko rentgenologicznie. W przypadku opisanym wymiary miednicy były następujące: *spin.* 21.5 (!). *crist.* 27, *troch.* 31, *extr.* 20.5. Pozatem stwierdzono kyfozę części piersiowej kręgosłupa, górną część tułowia skróconą; łuki żebrowe dotykają grzebieni kości biodrowych, siodełkowate załamanie lędźwiowej części kręgosłupa, brzuch silnie wystający. Zdjęcie rentgenowskie wykazało typowy obraz sp. (rentgenogramy). Ponieważ rentgenogram nie wykazywał niestosunku porodowego, zachowano się wyczekująco. Poród nastąpił siłami natury. Waga płodu 3900 g.

Opisany poród samoistny w przypadku daleko posuniętej sp. wskazuje, że w położnictwie stopień i rodzaj zmian anatomicznych miednicy, a także bezwzględne wymiary, szczególnie mierzenie *conjugata vera*, posiadają znaczenie tylko podrzędne. Ważną rzeczą jest ocena stosunku części przodującej do kanału rodnego i tem właśnie należy kierować się w wyborze metody postępowania. W podobnych przypadkach diagnostyka rentgenowska w czasie porodu oddaje wielkie usługi, jak np. w przypadku opisanym, w którym pomimo przedłużającego się porodu i wyraźnego niestosunku porodowego (zsunięcie V kręgu lędźwiowego do płaszczyzny wchodu), poród nastąpił siłami natury. *M. Segal* (Lwów).

Z kazuistyki kolosalnych utrat krwi. W. JELINEK. Zbl. f. Gyn. Nr. 31. 1935.

Chora lat 34, została skierowana do kliniki z objawami krwotoku wewnętrznego. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono pękniętą ciążę trąbkową. Ogromna ilość krwi w jamie brzusznej wynosiła 4960 cm³, nie licząc krwi która wsiąkła w kompresy. Macica była kredowo-blada, krew, która sączyła z miejsca pękniętego była zupełnie blada, kolor jej przypominał raczej surowicę. 19 dnia po operacji chora w dobrym stanie opuściła klinikę.

W wywiadach podała, że celem zapobiegnięcia ciąży wstrzykiwano jej jodynę do jamy macicy. Po wstrzyknięciu jodyny przed 2 tygodniami wystąpiły bóle i krwawienie, które trwało 3 dni. Lekarz rozpoznał sprawę zapalną przydatków i zalecił naświetlania. Ponieważ bóle nie ustępowały pacjentka udała się do łaźni parowej. Nie mogła już o własnych siłach wrócić do domu; wystąpiły dreszcze i podniesienie ciepłoty. Inny lekarz rozpoznał zimnicę. Wystąpiło wzdęcie brzucha, na które, zastosowane środki przeczyszczające i lewatywy oczywiście nie wpłynęły. Wezwany internista rozpoznał *vitium cordis*. Wobec pogarszania się stanu chorej została skierowaną do kliniki w 10 dniu od chwili pęknięcia trąbki.

Przebieg tego przypadku przeczy ogólnie przyjętym zapatrywaniom, że długo trwające krwawienia są wogóle znoszone gorzej aniżeli krwotoki nagłe. Podobne zapatrywania, szczególnie Maydla oparte są na eksperymentach na zwierzętach. Nie można

jednak zjawisk zachodzących w organizmie zwierzęcia przenosić w całości na organizm ludzki w okresie ciąży. Bardzo być może, że wpływ hormonów ciążowych umożliwia właśnie w okresie ciąży znoszenie tak wielkiej utraty krwi. Badanie krwi wykonane w trzecim dniu po operacji wykazało: hemoglobiny 13%, ciałek czerwonych 900.000, leukocytów 3.600. *M. Segal* (Lwów).

Przypadek amputacji ręki u dziecka w 3 dni po porodzie. B. WOŁOCH. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 21. 1935.

Przypadki interwencji chirurgicznej u dzieci w pierwszych dniach życia są wogóle bardzo rzadkie. W przypadku autora wykonano amputację ręki prawej spowodu zgorzeli. Cała rączka do połowy przedramienia była barwy czarnej, skóra na ręce i palcach zmacerowana, pokryta cuchnącą wydzieliną. W połowie kości ramieniowej złamanie. Złamanie nastąpiło w czasie porodu, który prowadziła babka na wsi.

Amputację wykonano w uśpieniu eterowem; przebieg pooperacyjny gładki. Po 8 miesiącach dziecko wykazuje zupełnie prawidłowy rozwój. *M. Segal* (Lwów).

Doświadczenia z ewipanem. HANS-GOESTA SKARBY. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. H. 3. Och 4. 16. XII. 1935.

Autor nie entuzjazmuje się ewipanem, jako podstawowym środkiem narkotycznym. Najgorszem następstwem uśpienia ewipanowego jest znaczne podniecenie po okresie snu. W każdym razie dominujące stanowisko eteru, jako środka narkotycznego nie zostało przez ewipan zagrożone. *Szajna* (Kołomyja).

Otolaryngologja.

Badanie rentgenologiczne pobocznych jam nosowych. S. RIBBING. Upsala Läkareförenings Förhandlingar. H. 3. Och 4. 16. XII. 1935.

Autor opisuje technikę zdjęć rentgenowskich, symptomatologję oraz diagnostykę rentgenowską pobocznych jam nosowych na podstawie 10-letniego osobistego doświadczenia w tym zakresie. *Szajna* (Kołomyja).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 4 grudnia 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia Towarzystwa.

Kol. Schwarz *przedstawił przypadek jednostronnego braku przydatków macicznych* (Przeznaczone do druku).

Kol. Karasiński *wygłosił: „Wrażenia z pobytu w Morszynie Delegacji Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego"*. (Pol. Gaz. Lek. Nr. 5. 1936).

Stawia wniosek: Towarzystwo Lekarskie Krakowskie wyraża Radzie Zawiadowczej Towarzystwa Lekarzy Polskich we Lwowie gorące wyrazy uznania za pełną inicjatywy i poświęcenia pracę, zwłaszcza zaś za działalność nad rozwojem Morszyna, dzięki czemu będzie można w przyszłości rozszerzyć wydatnie akcję pomocy materjalnej dla członków Towarzystwa lub wdów i sierót po nich. Szczególniejsze słowa uznania i podzięki kieruje Towarzystwo Lekarskie Krakowskie dla niestrudzonego Prezesa Towarzystwa Lekarzy Polskich prof. Dr. Romana Renckiego.

Wniosek przyjęto przez aklamację.

Dr. M. Blassberg *wygłosił wykład p. t.: „Wadliwe zapisywanie recept"* (Praktyka Lekarska. Nr. 2. 1936).

W dyskusji: Dr. Weinsberg podnosi dużą zasługę wyczerpującej pracy Dr. Blassberga.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 11 grudnia 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia Towarzystwa.

Prof. Dr. Stefan Pieńkowski (gość T-wa) *wygłosił wykład p. t.: „Ogólne uwagi biologiczno-lekarskie w sprawie projektu ustawy eugenicznej"*. (P. G. L. Nr. 6. 1936).

Dr. Kirschner *wygłosił wykład p. t.: „Dotychczasowe wyniki badań nad dziedziczeniem niektórych chorób umysłowych wyliczonych w projekcie"*. (P. G. L. Nr. 9. 1936.).

W dyskusji zabierał głos Kol. Wachtel (streszczenie własne). Nietylko choroby umysłowe mogą się dziedziczyć. Tak np. dyspozycja do zachorowania na raka dziedziczy się recesywnie wedle Mendla. Mimo tego nie możnaby się zgodzić na sterylizowanie chorych na raka, ponieważ chorzy tacy są bardzo często bardzo wartościowymi członkami społeczeństwa, mimo dziedziczącej się skazy. Zresztą choroba raka przebiega w przypadkach dziedzicznych łagodniej. W zakresie chorób umysłowych należy uwzględnić, że niewystarczający stan wiedzy psychjatrycznej nie pozwala dziś jeszcze na wystarczająco ścisłe rozróżnienie tych stanów chorobowych dla celów nomenklatury prawniczej. Istota zagadnienia leży raczej w tem, aby znaleźć sposoby lecznicze chorób umysłowych tak, aby odziedziczone stany mniejszej odporności psychicznej, mogły drogą zabiegów leczniczych ulec wyleczeniu. Szybki rozwój medycyny pozwala przewidzieć, że znalezienie tych sposobów jest kwestją niewielu lat tak, że zanimby ustawy sterylizacyjne mogły dać jakikolwiek wynik, społeczny problem zostanie rozwiązany w sposób powyższy. Podobnie stało się już z cukrzycą, która dziedziczy się recesywnie, jednak dzięki wykryciu przyczyny i leczenia przestała być zmorą społeczną. Eugenika nie jest nauką. Jest to rodzaj reakcji społecznej. Niesposób ustalić, co ma owo „eu" obejmować, czy wartości sprytu handlowego, czy bohaterstwo w boju, czy kalokagatię i t. d.; postulaty eugeniki są przedewszystkiem wynikiem obecnej pandemji psychicznej, która ujmuje społeczeństwo jako zbiór standartowego typu jednostek i stara się, aby poszczególne jednostki jaknajmniej odbiegały indywidualnie od standartu. Przytem jest śmieszne uważanie pewnego standartu za lepszy od standartów innych. Można jedynie zgodzić się, że do aktu rozmnażania jednostki rodzicielskie powinny przystępować w stanie możliwie doskonałego zdrowia. Niema żadnych objektywnych naukowych danych, któreby usprawiedliwiały wprowadzenie przymusu sterylizacji.

Następnie zabierali głos: Kol. Wander, Kol. Rost, Dyr. Stryjeński, Kol. Eisenberg, Doc. Dr. Szymanowicz i *w odpowiedzi* Prof. Dr. Pieńkowski i Kol. Kirschner.

Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 18 grudnia 1935 roku.

Przewodniczący: Prezes Doc. Dr. Józef Szymanowicz.

Odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia Towarzystwa.

Przedstawiono proponowaną przez Zarząd listę członków Komisji Przedwyborczej w składzie następującym: Dr. Bilek, Doc. Dr. Chłopicki, Dr. Dziuba, Dr. Eisele, Dr. Jasiński, Dr. Jasieński, Dr. Kaczyński, Dr. Kowalczykowa, Dr. Łaszczka, Prof. Dr. Latkowski, Dr. Łopaciński, Dr. Maciąg, Dr. Malkiewicz, Doc. Dr. Miodoński, Dr. Merz, Doc. Dr. Nowicki, Dr. Reiner, Doc. Dr. Siedlecki, Dyr. Stryjeński, Dr. Szczeklik, Dr. Szancenbach, Dr. Tochowicz, Prof. Dr. Walter, Prof. Dr. Zieliński.

Listę powyższą przyjęto w całości jednogłośnie.

Na wniosek Przewodniczącego zwrócono do się Dr. Kaczyńskiego z prośbą o zwołanie Komisji z tem, że Komisja sama wybierze swego Przewodniczącego.

Dr. Trzebicka *przedstawiła przypadek przestrzału naczyń udowych ze szwem naczyniowym.*

W dyskusji: Doc. Dr. Szymanowicz przypomina, że w czasach wojennych, kiedy szycie naczyń krwionośnych było niezmiernie częstą sprawą wyniki były najczęściej złe wskutek bardzo często występującej zgorzeli gazowej.

Dr. Kanarek *przedstawił przypadek, w którym dokonano krwawego odprowadzenia zastarzałego zwichnięcia zasłonowego (luxatio obturatoria).*

W dyskusji: Dr. Wachtel i *w odpowiedzi* Dr. Kanarek.

Doc. Dr. Szymanowicz *przedstawił przypadek nabłoniaka kosmówkowego i omówił znaczenie odczynu biologicznego Friedmanna dla tego schorzenia.*

W dyskusji zabierał głos Dr. Bilek i *w odpowiedzi* Doc. Dr. Szymanowicz.

Dr. Jerzy Jasieński *wygłosił odczyt p. t.: „Kliniczne znaczenie prób czynnościowego badania nerek w urologji"*. (Przeznaczone do druku). Sekretarz: *Dr. Stefan Schwarz.*

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Protokół XXI posiedzenia naukowego odbytego dnia 11 października 1935 roku.

Przewodniczący: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Grek *wygłasza wykład p. t.: „Klinika marskości wątroby"*. (W całości ukazało się drukiem w Pol. Arch. Med. Wewn. T. XIII. Z. 3.).

2. Kol. Leszczyński *odczytuje komunikat w sprawie V Zjazdu Wszechsłowiańskiego Związku Lekarzy,* który odbędzie się w Sofji (Bułgarja) we wrześniu 1936 r.

3. Kol. Fels *wygłasza wykład p. t.: „Senescentia senectus et senium“.*

Omówiwszy zagadnienie starości i różne jej teorje, prelegent naszkicował zmiany ogólne starości, zmiany narządu skóry i narządów zmysłowych, układu krążenia oraz narządu oddechowego i pokarmowego, zmiany krwi i narządów ruchu, wkońcu narządu moczo-płciowego u mężczyzn i kobiet, jakoteż zmiany w systemie nerwowym. Wyliczając szereg „genjuszów starości“ oddał cześć obecnemu na sali sędziwemu członkowi honorowemu Lw. T-wa Lek. Dr. Wilhelmowi Pisekowi. (W całości ukaże się drukiem w P. G. L.). Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Protokół XXII posiedzenia naukowego odbytego dnia 18 października 1935 roku.

Przewodniczący: Kol. W. Czernecki.

1. Kol. Fels, nawiązując do swego wykładu wygłoszonego 11 b. m. stawia wniosek, ażeby Prezydjum zwróciło się do specjalistów z prośbą o opracowanie objawów starzenia się w poszczególnych specjalnościach.

2. Kol. Demianowska *przedstawia dwoje rodzeństwa ze schorzeniem systemu nerwowego z grupy degeneracji dziedzicznej.*

Przypadek I. F. S., lat 12, według podania bez obciążenia dziedzicznego, troje zdrowego rodzeństwa, jeden brat chory. Dotychczas nie chorował. Matka zauważyła, gdy tylko zaczął chodzić, że nóżki miał słabe, często padał, chód był zawsze niepewny. Sczasem zauważono drżenie rąk przy wszystkich czynnościach. Przedmiotowo stwierdzono: chód chwiejny, zataczający się ze skłonnością do zbaczania. Dodatni objaw Romberga. Oczopląs o dużych wychyleniach przy spojrzeniu we wszystkich kierunkach, nieznaczne zbaczanie języka w prawo. Ataksja kończyn górnych i dolnych przy zachowanej prawidłowej ruchomości i sile ruchowej i normalnych odruchach ścięgnistych. Obustronnie dodatni objaw Babińskiego. Psychicznie znaczne powstrzymanie w rozwoju, współczynnik inteligencji (wedle Termana) 44.

Przypadek II. F. Z., lat 8. Starszy brat chory, pozatem w rodzinie brak chorób nerwowych. Nigdy nie chodził, posuwa się tylko na rękach i nogach, od najwcześniejszego dzieciństwa zauważono drżenie rąk przy każdej wykonywanej czynności. Umysłowo źle się rozwija.

Przedmiotowo stwierdzono: o własnej sile nie chodzi, prowadzony chwieje się i stawia kroki z wybitną niezbornością rdzeniową. Pozostawiony natychmiast pada. Przy spojrzeniu we wszystkich kierunkach nystagmus, pozatem nerwy mózgowe bez zmian. Wybitna ataksja i drżenie kończyn górnych. Na kończynach dolnych poza ataksją nie stwierdza się zmian. Odruchy żywe, równe, brak objawów piramidowych. Umysłowo niedorozwinięty, odpowiada rozwojem zaledwie trzyletniemu dziecku.

Po omówieniu spraw z grupy degeneracyj dziedzicznych dochodzi prelegentka do wniosku, że u przedstawionego rodzeństwa wybitne objawy niezborności przy zachowanych odruchach pozwalają na zaliczenie obu przypadków do grupy niezborności dziedzicznej typu móżdżkowego (Pierre Marie).

3. Kol. Ziembicki *wygłasza wykład p. t.: „Barbara Radziwiłłówna w oświetleniu lekarskiem“.* (W całości ukazał się drukiem w Pol. Gaz. Lek. Nr. 42. 1935).

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Protokół XXIII posiedzenia naukowego odbytego dnia 25 października 1935 roku.

Przewodniczący: Kol. A. Pohorecki.

1. Kol. Naróg *przedstawia i omawia przypadek nieżytu spojówek Parinauda (conjunctivitis Parinaudi).*

Przypadek dotyczy uczennicy gimnazjalnej lat 17, z Tarnopola. Rzadkie to schorzenie charakteryzuje silny obrzęk powiek, bardzo znaczna bolesność, granulacje na spojówce powiek i załamka podobne do jagliczych; ubytki na spojówce między wałami granulującemi przypominają gruźlicę spojówki powiek. Na pierwszy plan wybija się bardzo silny i bolesny obrzęk gruczołów przyusznych. Sprawa trwa 6 tygodni, obrzęki i bolesność ustąpiły, granulacje jeszcze się utrzymują. Etjologja nieznana, przypuszczają zakażenie ektogeniczne prątkami *„typus bovinus“*. Badanie bakterjologiczne ujemne, narządy wewnętrzne bez zmian. Jest to trzeci przypadek tego schorzenia z Tarnopola. Rozsadnikami tego schorzenia mogą być rzeźnie, zwierzęta domowe i t. p. Pierwotna gruźlica spojówki ze względu na ubytki nie da się wykluczyć. Leczenie ogranicza się do środków łagodnych.

W dyskusji biorą udział Kol. Węgrzynowski i Naróg.

2. Kol. Węgrzynowski i Zier *demonstrują przypadek bąblowca w klatce piersiowej dotyczący chorego, który od kilku lat wykazuje objawy chorobowe narządu oddechowego, a które w czasie dotychczasowego leczenia różnie były rozpoznawane.*

Chory pozostaje od trzech tygodni w obserwacji Przychodni Towarzystwa Walki z Gruźlicą, gdzie zmiany gruźlicze w płucach wykluczono. W obrazie rentgenowskim stwierdzono kulisy zaciemnienia wielkości jabłka, w dolnym płacie prawego płuca. W rozpoznaniu różniczkowem wysunięto również podejrzenie w kierunku bąblowca płuc. Badając następnie w tym kierunku wykonano u chorego reakcje serologiczne na bąblowca, reakcję wiązania dopełniacza z surowicą krwi chorego. Reakcja wypadła dodatnio. Brak zwiększenia liczby kwasochłonnych ciałek białych krwi nie mógł stanowić ważnego momentu rozpoznawczego, gdyż objaw ten nie jest stały przy schorzeniach tego typu. Ponieważ pierwsza próba serologiczna wiązania dopełniacza wypadła dodatnio, została następnie u chorego przez Trawińskiego wykonana próba wśródskórna z roztworu samego pasorzyta. Próbę tę wykonano w dzień demonstracji chorego w Towarzystwie Lekarskiem celem przedstawienia jej. Wypadła ona zdecydowanie dodatnio. Jest to próba podana przez Cashioniego a zmodyfikowana przez Trawińskiego, i jest bardzo czułą a przy dodatnim odczynie ma dawać 100% pewności w rozpoznaniu. Opierając się na badaniach serologicznych, dodatniej próbie wiązania dopełniacza i próbie wśródskórnej oraz obrazie rentgenowskim, rozpoznano, mimo braku innych objawów (haczyków w plwocinie, braku eozynofilji), bąblowca płuc. Jako jedyne racjonalne leczenie tego cierpienia podaję zabieg operacyjny.

W dyskusji: Kol. Czeżowska zauważa, że chorego obserwowano na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpit. Ubezpieczalni w kwietniu b. r. Obraz kliniczny schorzenia różnił się znacznie od obecnego. W wywiadach chory podał, że na 2—3 tygodnie przed przyjęciem stan nagle się pogorszył, wystąpiła gorączka i duszność. Badanie przy przyjęciu wykazywało zmiany zapalne w prawym dolnym płacie płucnym z towarzyszącem włóknikowem zapaleniem opłucnej. Ciepłota dosięgała 38°, ilość leukocytów 13.600 (w tem 78% ciałek obojętnochłonnych, zaś 2% kwasochłonnych). Badanie rentgenowskie stwierdziło zaciemnienie wielkości pięści w prawym dolnym płacie płucnym o nieostrych konturach. Gdy po 3 tygodniach ciepłota obniżyła się, badanie nie wykazywało obecności rzężeń ani tarcia opłucnowego, a stan chorego nie poprawiał się i utrzymywało się przytłumienie w prawym dolnym płacie płucnym, poddano chorego ponownie badaniu Roentgenem, którego wynik usunął podejrzenie tworzącej się sprawy nowotworowej. Po próbnej serji naświetlań, chorego wypisano z poleceniem zgłoszenia się po czterech tygodniach. Od tej pory straciliśmy go z obserwacji. W świetle dzisiejszej demonstracji wydaje się prawdopodobnem, że obserwowaliśmy wówczas odczynowy stan zapalny, który maskował obecność torbieli, a wynik badań klinicznych (wynik badania Roentgenem, brak eozynofilji) nie dawał żadnej podstawy do rozpoznania bąblowca.

Kol. Frank-Pittowa: Przedstawiony chory był kilkakrotnie badany w kwietniu b. r. w czasie pobytu jego w Szpitalu U. S. Stwierdzano u niego przy badaniu klatki piersiowej niejednolite zacienienie o nieostrych zamazanych konturach w obrębie płatu dolnego prawego tuż nad przeponą. Wśród zacienienia można było wyróżnić niewyraźnie zarysowujące się krągłe zaciemnienie. Wobec niejasnego obrazu rentgenowskiego poddano chorego próbnemu naświetlaniu promieniami rentgenowskiemi w tem przekonaniu, że może tu chodzić o sprawę pneumoniczną pokrywającą jakąś sprawę innego rodzaju, a w szczególności ze względu na wiek chorego, objawy wtórnej niedokrwistości, podupadłego odżywienia, nasuwało się podejrzenie na śródpłatową postać raka płucnego. Po serji naświetlań małemi dawkami promieniami rentgenowskiemi, kiedy stan miejscowy nie uległ żadnym wyraźniejszym zmianom, odesłano chorego do domu z tem, aby po 4 tygodniach zgłosił się do dalszej obserwacji. Chory jednak do szpitala więcej się nie zgłosił.

Kol. Grabowski podnosi rzadkość bąblowca płuca. Na materjale kliniki wewnętrznej stwierdzono jeden przypadek bąblowca opublikowany przez Tomaszewskiego. Cień stwierdzany przy badaniu radjologicznem płuc nie jest charakterystyczny tylko dla bąblowca. Częściej przy dokładnem badaniu cienie krągłe lub owalne powodowane są obecnością raka śródpłatowego. Badanie serologiczne jest rozstrzygające, choć daje ono około 34% błędnych rozpoznań. Próba skórna jest pewniejsza. Przedstawioną reakcję skórną uważać należy za odczyn urazowy a nie swoisty, gdyż zbyt krótki czas upłynął od zastrzyku (8 godz.).

W dalszym ciągu dyskusji biorą udział Koledzy: Ostrowski T., Trawiński (gość), Węgrzynowski, Karczyński i Falkiewicz.

3. Kol. Węgrzynowski i Ptaszek *przedstawiają pierwszy w Polsce wytworzony aparat rentgenowski F-my „Meta“ w Warszawie.*

Słusznem jest chwalić własną wytwórczość i z uznaniem witać każdą nowość na polu rodzimej fabrykacji zdobytą. Kraj nasz idzie oddawna w tym kierunku naprzód i pod wieloma względami dorównuje a nawet dystansuje fabryki zagraniczne. Świat lekarski winien pilnie śledzić postępy techniczne w dziedzinie wytwórczości aparatów lekarskich, by być dobrze zorjentowanym w wartości ich i cenie. Ma to przecież pierwszorzędne znaczenie dla każdego lekarza, pragnącego zaopatrzyć swój pokój ordynacyjny w urządzenia techniczne pomocnicze, tak bardzo w dobie obecnej rozpowszechnione. Mamy tu na myśli w tej chwili aparat rentgenowski, który został ofiarowany Lwowskiemu Tow. Walki z Gruźlicą przez Polski Związek Przeciwgruźliczy w Warszawie. Aparat jest wytworzony przez firmę „Meta“ mającą stałą siedzibę w Warszawie i kosztuje 5.500 zł.

Zewnętrznie przedstawia się on jako metalowa skrzynia pionowo ustawiona, szerokości 84 cm, głębokości 65 cm i wysokości 2 m, wewnątrz której znajduje się lampa i wszystkie urządzenia służące do zmiany i dostosowania prądu elektrowni. Całość jest doskonale zabezpieczona, zaopatrzona w specjalne urządzenie zabezpieczające, gdyż otwarcie drzwi skrzyni aparatu wyłącza prąd automatycznie. Na przodzie aparatu po stronie prawej od góry do dołu biegną urządzenia kontrolne i załączniki w następującym porządku: woltomierz, zegar sekundowy automatyczny dla zdjęć, amperomierz powleczony masą świecącą w ciemności, automatyczny przełącznik skonstruowany w ten sposób, że przy przełączeniu zmienia napięcie wysokie dla zdjęć z napięcia dla prześwietleń, załącznik żarzenia i wysokiego napięcia skombinowany razem tak, że po pierwszem przekręceniu załącza żarzenie, a po drugiem wysokie napięcie, wreszcie opornica dająca możność regulacji twardości promieni do 75 w.

Poniżej tkwi zwyczajny automatyczny wyłącznik używany przy zdjęciach, wyłącznik czerwonej lampki oraz regulator ilości prądu.

Sposób umieszczenia tych wszystkich urządzeń jest bardzo pomysłowy i wygodny w użyciu specjalnie w masowych prześwietlaniach w przychodniach. Do aparatu jest dołączony stopień dający się dowolnie przesuwać, co jest wielką jego zaletą, ze zrozumiałych względów.

Ekran Heydena jest doskonale ruchomy we wszystkich kierunkach, posiadając trzy osie ruchu: ku dołowi, przodowi i na boki. Jest połączony stale z lampą i posiada blendę. Rozpiętość ruchów ku górze i dołowi jest stosunkowo mała, lecz stołek ruchomy o którym była mowa powyżej, uzupełnia tę niedogodność. Gorzej sprawa przedstawia się, jeżeli chodzi o wysunięcie go ku przodowi, bo tylko na odległość metra, a ma to duże znaczenie dla zdjęć. W ramie bowiem ekranu umieszcza się kasetę z filmem. Należałoby zastosować tu osobną ramę na kasetę, którąby można było w dowolnej odległości ustawić. Błąd łatwy do usunięcia. Przez zastosowanie specjalnego urządzenia można ekran ustalić i odłączyć lampę. Korzyść z tego jest łatwo zrozumiała. Aparatu używamy w tutejszej przychodni już dłuższy czas do prześwietlań i musimy zaznaczyć, że oddaje on nam doskonałe usługi w prześwietleniach klatki piersiowej oraz przewodu pokarmowego. Obrazy występują ostro i wyraźnie. Na zakończenie należy wspomnieć o pewnej niedogodności, jaką kryje w sobie chłodnica lampy, a raczej uzupełnienie jej wodą. Przez umieszczenie lampy wewnątrz zamkniętej szafy dostęp do lampy jest utrudniony i każdorazowe dopełnienie wodą, powoduje konieczność wydobywania lampy ze środka. Może to być przy mało ostrożnem obchodzeniu się z aparatem źródłem przykrych następstw. Możemy z czystem sumieniem stwierdzić, że kraj uzyskał przez wytwórnię aparatów tego typu bardzo wiele, a same aparaty zasługują na gorące polecenie ich szerokiemu ogółowi lekarzy.

4. Kol. W. Bross *wygłasza wykład p. t.: „Zgorzel samoistna, jej patogeneza i leczenie chirurgiczne w świetle badań klinicznych i doświadczalnych“.*

Prelegent w pierwszej części swojej pracy omawia objawy kliniczne i patogenezę tego schorzenia. Na podstawie seryjnych oznaczeń adrenaliny we krwi, wykonanych metodą Thunberg-Ahlgrena (błękit metylenowy jako wskaźnik) u chorych ze zgorzelą samoistną, wypowiada się za teorją hiperadrenalinemji. Bezpośrednim bodźcem dla wzmożonej czynności nadnerczy jest zdaniem prelegenta przewlekłe samozatrucie ustroju egzo- i endogenicznego pochodzenia (histamina) oraz przewlekłe zatrucie nikotyną, które jakkolwiek spotykane dość często, nabierają szczególnego znaczenia u osobników z odpowiedniemi warunkami konstytucjonalnemi (niedorozwój ogólny lub odcinkowy naczyń krwionośnych), prowadząc przy współistnieniu wpływów hormonalnych (hiperadrenalinemja) do zmian naczyniowych, charakterystycznych dla zgorzeli samoistnej. W drugiej części, poświeconej leczeniu zgorzeli samoistnej, omawia prelegent sposoby zachowawcze i operacyjne, przyczem zwraca szczególną uwagę na epinefrektomję. Zabieg ten w przypadkach wczesnych daje wyniki stosunkowo dobre, choć niestety często krótkotrwałe spowodu nawrotów, wywołanych, jak to wykazały badania kliniczne i doświadczalne prelegenta, przerostem drugiego nadnercza. Wkońcu prelegent podkreśla, że jednoczesne stosowanie zabiegów uzupełniających na układzie współczulnym, a mianowicie wyłuszczenie gałązek współczulnych okołotętniczych i wycięcie zwojów współczulnych, jakoteż umiejętne uzupełniające leczenie zachowawcze, głównie środkami rozszerzającemi naczynia obwodowe (wyciągi z tkanek mięsnych) może zapewnić trwałe wyniki, uzyskane wyłuszczeniem nadnercza. Ważne jest przestrzeganie wskazań ogólnych, jak ograniczenie używania tytoniu, regulowanie czynności motorycznej przewodu pokarmowego przez zachowanie diety i stosowanie środków przeczyszczających, celem zapobiegania zatruciu ustroju produktami rozpadu białka głównie histaminą, które podobnie jak nikotyna wywołują wzmożoną czynność wydzielniczą nadnerczy. Również byłoby wskazane uzupełniające leczenie promieniami Roentgena pozostałego nadnercza w okresie jego przerostu pooperacyjnego. (Praca ukaże się w całości drukiem).

Sekretarz: *Juljan Papierkowski.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 16 kwietnia 1935 roku.

1. Na wezwanie Kol. Prezesa obecni uczcili pamięć ś. p. Prof. Antoniego Gluzińskiego przez powstanie.

2. Kol. Missol H.: *„Pokaz barwnych zdjęć fotograficznych w Zakładzie Medycyny Sądowej“* (streszczenie własne).

Nikt dziś nie kwestjonuje wielkiego znaczenia fotografji wogóle, a jeżeli chodzi o jej wartość w medycynie, tak w badaniach naukowych jak i w nauczaniu, to obecnie nie wyobrażamy sobie, byśmy mogli się bez niej obejść, zwłaszcza że postęp fotografji w ostatnich latach przyczynił się do zastosowania w medycynie szeregu nowych metod, które mogą oddać cenne usługi.

Obecnie coraz częściej stosuje się kinematografję, specjalnie dostosowaną do różnych dziedzin. Filmuje się naprzykład ruchy strun głosowych, rejestrując jednocześnie dźwięki na taśmie dźwiękowej; tętnienie naczyń siatkówki; fotografuje sie w barwach naturalnych dno oka, utrwalając tym sposobem różne zmiany patologiczne. Do zdjęć z mikroskopu stosuje się mikrofotografję w barwach naturalnych i mikrokinematografję. Ostatnio demonstrowano w Tow. Nauk. w Paryżu po raz pierwszy film plastyczny, który otwiera znów nowe możliwości. Tam, gdzie chodzi o wierne odtworzenie przedmiotu fotografowanego w jego plastyce i barwach, stosuje się fotografję stereoskopową w barwach naturalnych.

Fotografja stereoskopowa polega na dokonaniu dwóch zdjęć z dwóch punktów widzenia, oddalonych od siebie o długość, równą odległości ludzkich źrenic od siebie. Otrzymujemy w ten sposób dwa obrazy, które oglądane w aparacie stereoskopowym, dają wrażenie bryłowatości. Jeżeli wykonamy fotografję stereoskopową na materjale, utrwalającym jednocześnie barwy danego przedmiotu, otrzymamy obraz łudząco podobny do rzeczywistego.

Fotografowanie barwy było zadaniem, którym zajmowano się oddawna. Wypracowano kilka metod, z których dwie mogą być zastosowane w praktyce: fotografja trójbarwna i fotografja na płytach lub błonach rastrowych. Pierwsza polega na dokonywaniu trzech zdjęć, których pozytywy odpowiednio zabarwione i nałożone na siebie dają barwny obraz fotografowanego przedmiotu. Wierność barw nie jest jednak zupełna, a praca uciążliwa i skomplikowana. Kinematograficzne filmy Szczepanika polegają właśnie na tej metodzie.

Mniej skomplikowana jest metoda fotografji na płytach i błonach rastrowych.

Następuje opis metody i techniki zdjęć barwnych na płytkach i błonach rastrowych.

Na tem polega metoda autochromów. Jedyną jej wadą jest widoczność barwnych ziarn skrobji przy powiększeniu w aparatach stereoskopowych. Szczegół ten bynajmniej nie wpływający na ostrość obrazu, a traktowany z artystycznego punktu widzenia, przypomina technikę malarską, niegdyś bardzo rozpowszechnioną we Francji, zwaną *„pointilisme“*, polegającą na malowaniu kropkami barwnemi, które oglądane zdaleka, odtwarzają żądane barwy i kształty.

Stereoskopja barwna powinna znaleźć w medycynie szerokie zastosowanie. Cały szereg działów, w których barwa i kształt jest dominującą cechą rozpoznawczą, może być wdzięcznym terenem dla stereoskopji barwnej.

Następuje krótkie omówienie możliwości zastosowania stereoskopji barwnej i mikrofotografji barwnej w anatomji, histologji, anatomji patologicznej, internie, pedjatrji, chirurgji i w medycynie sądowej.

Wreszcie pokaz barwnych fotografij w stereoskopach ręcznych i w stereoskopach szafkowych, wyświetlanie na ekranie fotografij barwnych i mikrofotografij barwnych. Pokaz obejmuje około 100 sztuk fotografij.

Rozprawy: Kol. L a s k o w s k i przedstawia w dyskusji zdjęcia barwne własne z preparatów mikroskopowych, zaznacza przytem, że zdjęcia te są mało „pastelowe" i to jest ich ujemną stroną. Z drugiej jednak strony brak stonowania w zdjęciach mikroskopowych stanowi poniekąd cechę dodatnią, gdyż wybitniej uwydatniają się szczegóły. (Pokaz preparatów i objaśnienia).

Kol. G r z y w o-D ą b r o w s k i. Pokaz Kol. M i s s o l a miał na celu zachęcenie Kolegów do stosowania mikrofotografji barwnej. Fotografja barwna może mieć zastosowanie w klinice dermatologicznej, anatomji patologicznej, medycynie sądowej i t. p. Przedstawione zdjęcia mogą służyć za dowód pożyteczności takich zdjęć. Zdjęcia są stosunkowo tanie, gdyż zdjęcie na kliszy francuskiej kosztuje 2 zł, na kliszy niemieckiej 1 zł.

Kol. M i s s o l H.: Barwy dzienne nie są tu oddane tak, jak je widzimy w dzień przy oświetleniu słonecznem, gdyż większość fotografij dokonano przy oświetleniu dziennem, a wyświetlane są w świetle sztucznem, stąd pochodzą pewne różnice w barwie.

3. Kol. Ś l e d z i e w s k i *przedstawił: „Przerzuty raka żołądka i skrzyżowane przerzuty raka piersi do gruczołów chłonnych podstawy szyi w interpretacji anatomicznej* (z pokazem preparatów).

Rozprawy: Kol. K r y ń s k i zabiera głos w sprawie raka sutka, gdyż dotyczy chirurgji. Rak piersi jest najlepiej widoczny i daje korzyści z postępowania chirurgicznego. Mówca porównuje metody dawne z dzisiejszemi, stosowane w usuwaniu raka sutka. Dziś bezwzględnie usuwa się całą pierś, gruczoły nad i podobojczykowe. Wskutek operacji doszczętnej osiągnęliśmy już pięćdziesiąt kilka procent wyleczenia: cyfra ta jest daleką od ideału.

O wyleczeniu mówimy wtedy, kiedy niema nawrotu w ciągu 5 lat od czasu operacji. Przerzuty zjawiające się idą w kierunku pachy. Połączenia limfatyczne prawie zawsze idą między mięśnie międzyżebrowe, przechodząc do płuc. Chirurg nigdy nie orjentuje się, czy są już przerzuty do płuc, czy nie. Kol. Ś l e d z i e w s k i pięknie przedstawił połączenia gruczołów chłonnych, ale wiadomą jest rzeczą, jak są niestałe przebiegi tych naczyń. W każdym przypadku mogą być odchylenia w przebiegu naczyń chłonnych. Do normalnych stosunków należy łączenie się naczyń chłonnych zewnętrznych z wewnętrznemi klatki piersiowej.

4. L i s o w s k a M. i C h a i n J. *przedstawili: „Przypadek przejściowego bloku rozkojarzeniowego serca, zbadany anatomicznie"* (Streszczenie własne).

Po omówieniu piśmiennictwa przedmiotu i cech bloku odgałęzieniowego na podstawie badań doświadczalnych i klinicznych prelegenci podali opis własnego spostrzeżenia.

Chora, J. C., l. 58, przybyła na Oddział W. Starkiewicza w Szpitalu Dzieciątka Jezus w stanie ciężkim, po napadzie kilkugodzinnego bólu serca, o cechach dusznicy bolesnej. Przy badaniu znaleziono: ciepłota powyżej 38°. Tętno małe, 56 na minutę, niemiarowe. Oddech mocno przyśpieszony, sinica. Serce rozszerzone znacznie w kierunku poprzecznym. Czynność serca niemiarowa (z początku o charakterze bliźniaczym). Tony ciche, nad wierzchołkiem szmery skurczowy i przedskurczowy. Dużo skurczów daremnych. Objawy obrzęku płuc w dolnych płatach. Wydatne obrzmienie wątroby. W moczu zmiany zastoinowe. We krwi umiarkowana oligocytemja, zwiększenie liczby ciałek białych do 10.000. Wzór prawidłowy.

Badanie EKG wykazało cechy klasyczne bloku odgałęzieniowego, a więc rozszerzenie zespołów komorowych we wszystkich trzech odprowadzeniach powyżej 0,12 sek.

Załamek T znacznie pogłębiony, zwrócony w kierunku przeciwnym do zespołu komorowego (dwufazowość krzywej), pozatem przewaga komory lewej, brak załamań P we wszystkich odprowadzeniach (migotanie przedsionków).

Wreszcie dość liczne skurcze dodatkowe. Rozpoznano: *Arythmia per laesio musc. cordis sub form. dissotiation. rami dextri fascic. His. Bigeminia.*

Biorąc pod uwagę szereg objawów klinicznych, jak stan gorączkowy, leukocytoza, ostry obrzęk płuc i wątroby, uczucie niepokoju chorej i t. p. oraz przytoczony wynik zdjęcia EKG przypuszczano zawał mięśnia sercowego na drodze prawego odgałęzienia Hisa.

Jednakże powtórne zdjęcie EKG, wykonane w 10 dni później, wykazało cofnięcie się cech bloku odgałęzieniowego; nie stwierdzono już charakterystycznego rozszerzenia zespołu komorowego (które nie przekraczało tym razem 0,1 sek.). Pozostał tylko rytm niemiarowy i brak załamka P we wszystkich odprowadzeniach.

Przejściowy charakter pierwotnych zaburzeń elektrokardjograficznych nie pozwalał, zdawało się, na utrzymanie przypuszczenia, że przyczyną opisanych zaburzeń w przewodnictwie śródkomorowym była trwała zmiana anatomiczna w postaci zawału. Nasunęła się raczej myśl, że chodziło tu o czasowe zmiany odżywcze, najprawdopodobniej wskutek skurczu odpowiedniej tętniczki.

Po upływie 2 dni chora zmarła.

Badanie pośmiertne, uzupełnione badaniem histologicznem wysunęło możliwość innego wytłumaczenia opisanego zjawiska — przejściowego bloku odgałęzieniowego.

Stwierdzono: ostrą rozstrzeń serca, zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego i przerost odśrodkowy serca, szczególnie komory lewej. Stan po wyleczonem zapaleniu wsierdzia zastawki dwudzielnej, pod postacią niedomykalności tej zastawki i zwężenia lewego ujścia żylnego. W uszku prawem kilka małych, kulistych, szaroróżowych, kruchych tworów i podobne drobniejsze twory w zachyłkach między mięśniami beleczkowemi komory prawej, tuż przy przegrodzie międzykomorowej.

W błonie wewnętrznej tętnicy głównej dość liczne wysepki żółte i białawe, takież wysepki mniej liczne w błonie wewnętrznej tętnic wieńcowych. Mięsień sercowy nadzwyczaj wiotki, o rysunku zupełnie zatartym, jednolicie żółty, bardzo kruchy.

W poszukiwaniu przyczyn, które spowodowały przejściowe zaburzenia przewodnictwa w zakresie prawej gałązki Hisa stwierdzone badaniem Ekg zwróciliśmy uwagę na owe szaroróżowe twory ułożone w pobliżu przegrody międzykomorowej.

Badanie mikroskopowe wykazało, że twory te mają charakter skrzeplin. W preparatach barwionych metodą van Gieson'a uwidacznia się, że niektóre z nich są otoczone pasmem tkanki łącznej wrastającej od strony wsierdzia.

Wydaje się nam bodaj możliwem powiązać zjawisko przejściowości zaburzeń w przewodnictwie, stwierdzonych u chorej z procesem rozwoju opisanych skrzeplin. W okresie tworzenia się (niezawodnie w następstwie zaburzeń angjospastycznych) skrzepliny te mogły wywierać pewien ucisk na przegrodę międzykomorową. Z chwilą zaś wejścia ich w okres organizacji mogły ulec poprawie zarówno ukrwienie, jak i przewodnictwo. Okres 10 dni, w ciągu którego spostrzeżono cofnięcie się zaburzeń elektrokardjograficznych, byłby wystarczający dla cofnięcia się i organizacji ostrych zmian anatomicznych.

Rozprawy: Kol. G r o m St., członek T-wa, podnosi, że przypadek omawiany przez prelegentów jest interesujący z tego jedynie względu, że był zbadany histopatologicznie, pozatem nie przedstawia nic szczególnego. Rozpoznanie rozkojarzenia w zakresie rozgałęzień należy brać z dużem zastrzeżeniem, gdyż niema dostatecznych na to danych, poza przedłużeniem czasu trwania zespołów komorowych. Obraz elektrokardjograficzny przemawia raczej za istnieniem t. zw. migoto-trzepotania przedsionków, z obecnością skurczów dodatkowych, który to stan towarzyszy często leczeniu naparstnicą. Drugie zdjęcie byłoby wtedy wyrazem migotania przedsionków, co zgadzałoby się z rozpoznaniem prelegentów. Reasumując, wyniki badań elektrokardjogramów przemawiałyby za zmianami zaawansowanemi w mięśniu sercowym.

Kol. L i s o w s k a M. zapewnia, że chora nie była leczona naparstnicą.

Kol. C h a i n J. odpowiada, że zespoły komorowe były rozszerzone powyżej 0,14. Zespoły, które są tak rozszerzone w dwufazowym stanie krzywej elektrokardjograficznej, dały możność rozpoznania przejściowego bloku rozkojarzeniowego serca.

Wice-Prezes: *J. Skłodowski.*

Zastępca Sekretarza Dorocznego: *Józef Gackowski.*

Towarzystwo Lekarskie Wileńskie.

P r o t o k ó ł VIII p o s i e d z e n i a n a u k o w e g o wspólnego z W i l. T o w. C h i r u r g i c z n e m, odbytego dnia 18 marca 1935 w sali wykładowej Kliniki Chirurgicznej U. S. B. na „Antokolu".

1. Prof. P a w l a s *demonstruje dziecko z rzadkiem schorzeniem skóry, wywołanem przez larva migrans.* Owad (giez koński — *Gastophytus equi)* przechodzi swój cykl rozwojowy w ten sposób, że koń zlizując z sierści jajeczko połyka je poczem z kału końskiego wylęga się mucha, która przez ukąszenie lub bezpo-

średnio na zranionym naskórku człowieka składa jajeczko w warstwie brodawkowej skóry. Z jajeczka po paru dniach wylęga się larwa, mała biała z czarnym łebkiem, która rozpoczyna pełzanie w warstwie brodawkowej skóry, pozostawiając po sobie falisty linijny rysunek na skórze.

Środki odkażające nie niszczą larwy. Przedstawione dziecko leczone było bezskutecznie maściami przez parę miesięcy, linja zarysowana przez larwę przedłużała się, przyjmując coraz rozleglejszy rysunek, i dopiero drogą termokoagulacji, dokonanej w klinice dermatologicznej, zabito larwę, likwidując w ten sposób schorzenie.

2. Dr. Szczerbo *wygłosił referat na temat: „O wskazaniach i sposobach chirurgicznego leczenia ostrych ropnych zapaleń opłucnej"*.

Prelegent wspomina, że przy stawianiu wskazań do leczenia chirurgicznego ostrych zapaleń ropnych opłucnej należy zwracać baczną uwagę na etjologję cierpienia. W razie rozwinięcia się tego schorzenia po zapaleniu płuc, należy wykorzystać wszystkie środki zachowawcze w najszerszem tego słowa znaczeniu. Nie zwlekać z zabiegiem w przypadkach ciężkich, z zakażeniem paciorkowcowem lub mieszanem. Na dowód, jak ważnem jest wykonanie zabiegu we właściwym czasie, prelegent przytacza historje chorób kilku demonstracyjnych przypadków leczonych w Klinice Chirurgicznej.

Następnie omawia wszystkie sposoby leczenia ropnych zapaleń i wskazania do stosowania drenażu zamkniętego lub otwartego. Kończąc swój referat zaznacza, że w każdym przypadku należy indywidualnie wykorzystać ten sposób leczenia, który w danym przypadku okaże się najbardziej uzasadnionym. Omawiając leczenie pooperacyjne, zwraca uwagę na bardzo dobre wyniki, jakie klinika uzyskała po przetoczeniu krwi w przypadkach ciężkich zakażeń.

W dyskusji: Prof. Jasiński wspomina, że prof. Michałowicz, opracowując statystykę ropnych zapaleń opłucnej, na bardzo wielkim materjale dochodzi do wniosków, że leczenie chirurgiczne niezawsze daje wyniki lepsze od leczenia zachowawczego.

Prof. Michejda poddaje krytyce metody oceniania wyników leczniczych, polegających na seryjnem stosowaniu kilku metod bez uwzględnienia różnic indywidualnych, zachodzących w każdym poszczególnym przypadku chorobowym. Wyniki tą drogą uzyskane są zawsze fałszywe i nie pozwalają ani na ocenę wartości metody postępowania ani też na ocenę wyników leczniczych. Klinika chirurgiczna w całej pełni uznaje wartość metod zachowawczych w tych przypadkach, w których stopień zakażenia jest niewysoki i sprawa chorobowa ma charakter niepostępujący; do tego typu przypadków w większości należą zakażenia po zapaleniu płuc, szczególniej u dzieci. Z całym jednak naciskiem podkreśla wskazania do szybkiego opróżnienia klatki piersiowej w przypadkach zakażeń o charakterze postępującym, które można zaliczyć do ropowic opłucnej.

Wkońcu prof. Michejda podkreśla konieczność uwzględnienia stopnia ucisku płuca. Biorąc to wszystko pod uwagę, podkreśla konieczność jaknajdalej idącej indywidualizacji.

3. Dr. Perlman *demonstruje szereg urologicznych chorych oraz operacyjne preparaty, uzyskane w ciągu ostatnich miesięcy w Klinice Chirurgicznej.*

I. Pierwsza grupa obejmuje cztery przypadki *gruźlicy nerek.* Pierwsze trzy charakteryzuje tak wielkie zmniejszenie pojemności pęcherza, iż rozpoznanie i umiejscowienie choroby było możliwe jedynie na podstawie dożylnej pyelografji i ogólnych klinicznych sposobów badania. Przy badaniu moczu znaleziono prątki Kocha, próba barwikowa ogólna bez użycia cystoskopu wykazała czynność jednej nerki, zaś przy pyelografji dożylnej po stronie chorej zupełny brak masy kontrastowej.

Czwarta chora, lat 26, cierpiała na obustronną czynną gruźlicę płuc z prątkami Kocha w plwocinie, z prawostronną sztuczną odmą, założoną na cztery tygodnie przed przyjęciem do Kliniki. Prócz tego bóle po stronie prawej, od czasu do czasu wysoka gorączka i ropny mocz. Ze strony pęcherza niema żadnych objawów. Przy badaniu stwierdzono pojemność pęcherza normalną, czynność lewej nerki prawidłową, prawa zaś barwika nie wydziela; przez wprowadzony do prawej miedniczki cewnik wydziela się mocz, a pyelografja wstępująca daje wyraźne zniszczenie miąższu nerki przez dużą ilość jam. Przy obecności gruźliczych ognisk w płucach i nerce, uważaliśmy nefrektomję za wskazaną, gdyż po usunięciu nerki można było się spodziewać, że organizm łatwiej zwalczyć będzie mógł chorobę płuc. Nefrektomję wykonano w wysokiem znieczuleniu lędźwiowem tropokokainą. Zabieg przeszedł zupełnie pomyślnie, mimo iż usunięcie ciężko chorej nerki technicznie było utrudnione. Stan chorej po zabiegu wybitnie się poprawił.

II. Następną grupę stanowią chorzy na *kamicę nerkową.* Trzy wypadki dotyczą kobiet z jednostronnemi *pojedyńczemi kamieniami,* leżącemi w miedniczkach; wszystkie usunięto zapomocą typowej pyelotomji tylnej bez zeszycia miedniczki z dobrym wynikiem. Demonstracja zdjęć i kamieni.

Dwa wypadki *dwustronnej kamicy.* W pierwszym, u chorego lat 51, bez żadnych objawów bólowych ze strony nerek lub pęcherza, zostało dokonane zdjęcie spowodu ropomoczu, trwającego dziesięć lat. Badanie kliniczne wykazało, że po prawej stronie kamień leży w dolnym kielichu i nie przeszkadza odpływowi moczu. Po stronie lewej kamień leży też w dolnej części miedniczki. Ze względu na dobrą czynność nerek, tymczasem operacji zaniechaliśmy, stosując energiczne leczenie zakażenia dróg moczowych.

Drugi chory tej grupy, lat 54, zwrócił się do Kliniki spowodu trwających od dziesięciu lat silnych obustronnych ataków bólowych z odchodzeniem drobnych kamieni i krwiomoczu. Przy badaniu stwierdzono, obok niedomogi mięśnia sercowego, w moczu ropę i krew, a na zwykłem zdjęciu z lewej strony cień powiększonej nerki, w której leżą liczne kamienie; po stronie prawej zaś miedniczka i kielichy wypełnione są jednym dużym kamieniem. Azot resztujący prawie normalny, próba wodna wykazała jednak obecność izostenurji. Ciężar gatunkowy moczu wahał się między 1008 a 1010. Te badania pozwoliły przyjąć, iż zniszczenie miąższu nerkowego jest duże; rokowanie było bardzo poważne. Można było się spodziewać, że gdyby się udało przez usunięcie kamienia uwolnić lepszą nerkę, w tym wypadku prawą, czynność tej nerki mogłaby się poprawić i tem samem życie chorego przedłużyć. Podczas pyelotomji, która wskutek dużej ilości tkanki tłuszczowej i zrostów była bardzo utrudniona, został usunięty duży kamień (demonstracja).

Ranę miedniczki w tym wypadku zaszyto z pozostawieniem drenu. Pomimo dobrego stanu w ciągu pierwszych kilku dni po zabiegu i pomimo wystarczającej diurezy, chory zmarł na dziewiąty dzień przy objawach osłabienia czynności serca. Nieszczęśliwe zejście w tym wypadku było skutkiem ciężkiego schorzenia.

U czterech spośród powyższych chorych na kamicę stwierdzono zapomocą posiewu obecność gronkowca *(staphylococcus pyogenes albus),* któremu w ostatnich czasach poświęca się wiele uwagi, jako jednej z poważnych przyczyn tworzenia się kamieni moczowych.

III. Dwóch chorych z rzekomą kamicą nerkową *(pseudolithiases).* Chory, lat 29, podaje, że w ciągu ostatnich 7 miesięcy ma bóle w okolicy nerki lewej, promieniujące do pęcherza, nasilające się przy schylaniu i pracy. Bóle trwały kilka godzin i ustępowały. Badanie wykazało: nerka lewa: dolny biegun wyczuwalny, bolesny. Mocz: czysty, kwaśny, do 10 c. b. w polu widzenia. Pęcherz normalny, umiejscowienie obu ujść moczowodów normalne. Ujście lewego moczowodu bardzo wąskie, barwik wydziela się z obydwu moczowodów w piątej minucie. Zdjęcie zwykłe cienia podejrzanego nie wykazało. Cewnik wprowadzono z lewej strony do 10 cm. Pyelografja wstępująca z lewej strony wykazała obraz rozszczepienia moczowodu na wysokości skrzyżowania z tętnicą biodrową. Widzimy dwa moczowody i dwie miedniczki *(ureter fissus)* i podwójną nerkę. Chwilowe utrudnienie odpływu moczu z nerki, np. przy zapalnem obrzmieniu śluzówki, może wywołać objawy bólowe, przypominające kolkę nerkową. Pod wpływem ciepła (diatermja) i autohemoterapji objawy ustąpiły. Operacji nie dokonano.

Drugi chory, lat 28, przekazany przez Klinikę Wewnętrzną, w dzieciństwie został przejechany przez wóz, a 8 lat temu został uderzony w okolicę prawej nerki. Od tej chwili datują się u chorego od czasu do czasu silne bóle po stronie prawej, połączone nieraz z gorączką i bólami głowy. Ostatnio ataki stały się tak częste, iż przeszkadzały choremu w pracy zawodowej. W moczu znaleziono w nieznacznej ilości czerwone ciałka krwi. Po wysiłku fizycznym udało się wywołać napad z gorączką i wystąpienie krwinek w moczu. Zwykłe zdjęcie nerek kamicy nie wykazało. Nerki prawej nie wyczuwano. Zapomocą cystoskopji stwierdzono, że pęcherz jest normalny, lewa strona wydziela barwik prawidłowo, prawa zupełnie nie wydziela. Pyelografja wstępująca wykazuje po stronie prawej zwężenie moczowodu poniżej miedniczki. Miedniczka i kielichy rozszerzone kosztem miąższu. Dokonano nefrektomji, która była spowodu bardzo obfitych zrostów miedniczki i nerki z otrzewną i dużemi naczyniami bardzo utrudniona. Część ściany miedniczki, zrośniętą z żyłą próżną, musiano oddzielać kawałkami, przyczem musiano w jednem miejscu nałożyć boczny szew na naczynie. Nerka wykazuje zupełne zniszczenie miąższu i stan zapalny wszystkich jej części. Chodziło zatem o zakażone wodonercze spowodu zwężenia moczowodu na skutek znacznych zrostów jego części początkowej. Wywiad pozwala przypuszczać, iż wodonercze powstało na tle urazu

w następstwie organizacji krwiaka okołonerkowego. Przeciw wrodzonemu wodonerczu przemawia normalna wielkość nerki.

IV. Chory, lat 36, przyjęty 26 stycznia b. r. podaje, iż od 1916 r. cierpi na bóle po stronie prawej, czasami o charakterze silnych ataków. Jednocześnie rozpoczęły się objawy ze strony pęcherza w postaci częstego bolesnego moczenia i trudności przy oddawaniu moczu. Mocz w ciągu wielu lat ropny i cuchnący. W 1932 r. dokonano poza Kliniką apendektomji bez wyniku. W 1934 r. przy badaniu w jednej z klinik zostało wysunięte przypuszczenie o istnieniu prawostronnej gruźlicy nerki. Badanie w Klinice Chirurgicznej wykazało, że mocz jest wybitnie ropny, prątków Kocha nie zawiera, obecne są pałeczki okrężnicy. Pojemność pęcherza wynosiła 40 cm³. Śluzówka pęcherza w stanie zapalnym, pokryta blaszkami błyszczącego włóknika. Obydwa ujścia moczowodów w stanie zapalnym, jednak nie były to zmiany typowe dla gruźlicy. Próba barwikowa i pyelografja dożylna wykazały, że lewa strona jest normalna, a prawa uszkodzona. Kamicy nerkowej nie wykryto, jednak po stronie prawej pyelografja wstępująca daje nam obraz rozszerzonej miedniczki, mało podobny do gruźlicy. Usunięcie nerki spowodu zrostów było utrudnione. Okazało się, że miąższ usuniętej nerki jest zupełnie zniszczony przez proces zapalny o charakterze przewlekłym, z wytworzeniem licznych jam. Śluzówka rozszerzonej miedniczki zaczerwieniona, zgrubiała i pokryta błyszczącemi warstwami, układającemi się w wysepki lub w większe skupienia. Te zmiany obejmują także górną część moczowodu. Śluzówka jego układa się w grube fałdy pokryte białemi złogami. Mikroskopowo widać, że te miejsca odpowiadają znacznym zmianom nabłonka moczowodu i miedniczki i że w tych miejscach nabłonek przekształcił się w wielowarstwowy płaski, przyczem górne jego warstwy składają się ze zrogowaciałych komórek. Przebieg pooperacyjny był normalny, bezgorączkowy i 19 dnia chory opuścił klinikę z zagojoną raną i prawie czystym moczem. Po kilku płókaniach, które przed operacją były bezskuteczne, pojemność pęcherza się podniosła do 160 cm³, przyczem chory oddawał mocz łatwo i bezboleśnie. Przemiana nabłonka jest charakterystyczna dla schorzenia zwanego leukoplakją dróg moczowych. Ta dość rzadka choroba najczęściej bywa spotykana w pęcherzu, rzadziej w miedniczce, a w moczowodzie wyjątkowo. Pierwszy opisał tę chorobę Rokitansky w roku 1861, odtąd opisano tylko pojedyncze wypadki. Wśród nich jeden opisał ś. p. Prof. Karaffa-Korbutt w 1909 r. Chorobie tej towarzyszy zwykle przewlekły stan zapalny dróg moczowych. Klinicznie objawia się ona jako krwiomocz i ropomocz z bolesnością nerki. Rozpoznanie jest prawie niemożliwe, a leczenie jedynie operacyjne.

V. 44-letni chory od półtora roku cierpi na częste i bardzo bolesne oddawanie moczu mętnego i zawierającego krew. Stopniowo przestał samoistnie oddawać mocz i musiał się prawie co godzinę cewnikować. Trzy miesiące temu chory po raz pierwszy zgłosił się do Kliniki. Wtedy stwierdzono w pęcherzu 24 kamienie fosforanowe i silny stan zapalny pęcherza. Gruczoł krokowy niepowiększony. Moczu samoistnie nie oddaje. Zwężenia cewki moczowej nie było. Rzeżączki chory podobno nie miał. Wassermann ujemny. Po cięciu nadłonowem usunięto kamienie. Podczas operacji, stwierdzono, że ujście wewnętrzne jest otoczone wałem tkanki, nieprzepuszczającym opuszki małego palca. Rana się zagoiła, chory opuścił klinikę, jednak nie oddawał samoistnie moczu i zmuszony był się cewnikować w dalszym ciągu. Przy powtórnem przyjęciu do kliniki, trzy tygodnie temu, stwierdzono nowy kamień w pęcherzu przy jednoczesnem silnem zapaleniu śluzówki. Objawy zatrzymania tłumaczyliśmy sobie jako następstwo stwardnienia zwieracza na tle zapalnem. W lutym chory był ponownie operowany. Wycięto mu część zgrubiałej śluzówki, która otaczała dolną część ujścia wewnętrznego.

Ostatnie lata rozszerzyły nasze wiadomości z patologji tej dziedziny i wykazano, że cały szereg schorzeń tego miejsca może doprowadzić do objawów zupełnie podobnych przy przeroście gruczołu krokowego, co Francuzi określają terminem *prostatisme sans prostate*. Wiemy dziś, iż może chodzić o wrodzony przerost mięśnia zwieracza, o zwężenia spowodu przewlekłych sklerotycznych zapaleń mięśnia i t. p. Rozpoznanie tych stanów jest możliwe po wykluczeniu zastoiny innego pochodzenia, szczególnie neurologicznego. Leczenie tych postaci schorzenia polega na sfinkterotomji, której dokonaliśmy przez otwarty pęcherz. Część autorów korzysta w tych wypadkach z transuretralnej resekcji przy pomocy specjalnych narzędzi. Nietrzymania moczu niema powodu się obawiać, gdyż zwieracz zewnętrzny zostaje poza polem operacyjnem. Kamienie w tym wypadku były pochodzenia wtórnego, jako skutek pierwotnych zmian cewki moczowej, jak wogóle kamienie pęcherzowe u mężczyzn.

4. Dr. W. G i l e l s *demonstruje chorych z Kliniki Chirurgicznej.*

I. Chory K. J., lat 39, dostarczony z Kliniki Wewn. U. S. B. w kilkanaście minut po przedziurawieniu wrzodu żołądka, które nastąpiło zaraz po spożyciu obiadu. Po otwarciu jamy brzusznej i rozklejeniu zrostów między wątrobą i żołądkiem stwierdzono wrzód przedodźwiernikowy, „siedzący“ okrakiem na krzywiźnie małej, obejmujący częściowo przednią i tylną ścianę. Przedziurawienie na ścianie przedniej, średnicy około 1,5 cm; obficie wydzielała się treść pokarmowa, którą usunięto zapomocą pompy. Próba ściągnięcia szwem otworu perforacyjnego nie powiodła się spowodu znacznego nacieczenia i kruchości tkanki. Wobec powyższego, biorąc pod uwagę wczesność sprawy, dokonano resekcji żołądka. Wrzód przechodził na tylną ścianę, gdzie był zrośnięty z trzustką, od której musiał być oddzielony na ostro. Przebieg pooperacyjny zupełnie dobry.

II. Chory O. B., lat 44, przed 9 dniami operowany spowodu wrzodu dwunastnicy. Wykonano resekcję żołądka paljatywną, gdyż w wyłączonym odźwierniku pozostawiono częściowo wrzód.

III. Chory S. S., lat 56 (wypisany), któremu również dokonano resekcji paljatywnej. U chorego tego stwierdzono jeden wrzód odźwiernika, drugi większy na krzywiźnie małej, usadowiony tak wysoko, że o usunięciu go nie było mowy. Ograniczono się do resekcji przedsionka, usuwając wrzód odźwiernikowy, z pozostawieniem wrzodu na krzywiźnie małej.

Prelegentka akcentuje celowość paljatywnej resekcji, gdzie chodzi o wyłączenie odźwiernika, a tem samem o obniżenie kwasoty i uniknięcie wrzodu trawiennego, co nierzadko bywa przy zespoleniu żołądkowo-jelitowem.

IV. Chora B. B., lat 42, zgłosiła się spowodu 2 ograniczonych guzów na szyi. Jeden na powierzchni przedniej, wielkości główki noworodka, wychodzący z gruczołu tarczowego, drugi w dole nadobojczykowym, mniejszy, bez związku z pierwszym. Chora miała duszność wdechowo-wydechową i trudności przy połykaniu. Na zdjęciu rentgenowskiem tchawica uciśnięta i przesunięta nazewnątrz. W pierwszym akcie operacji wycięto gruczoł tarczowy, usuwając w ten sposób częściowo guz większy, po miesiącu usunięto drugi guz, leżący poza mięśniem mostkowo-sutkowo-obojczykowym, który był obficie unaczyniony i makroskopowo przypominał gruczoł tarczowy. Należy przypuszczać, iż był to dodatkowy gruczoł tarczowy; wyniku badania histologicznego jeszcze niema.

V. Chora L. G., lat 18, zgłosiła się przed 7 tygodniami ze skargami na obecność guza w dole pachowym. Guz zrazu wielkości ziarna, stale się powiększał, przybierając rozmiary małej śliwki. Z wywiadu należy nadmienić, że ojciec chorej w roku 1923 był operowany spowodu raka żołądka. Dokonano resekcji żołądka. Matka zaś chorej przed rokiem była operowana spowodu mięśniaka macicy.

Przy badaniu chorej stwierdzono guz w głębi dołu pachowego, wielkości śliwki, twardy, pozostający w łączności ze splotem barkowym. Ruchomość guza w kierunku poprzecznym. Przy ucisku guza chora doznaje mrowienia w ramieniu i przedramieniu. W czasie operacji stwierdzono guz ściśle zrośnięty z nerwem pośrodkowym, tworzący jakby wrzecionowate zgrubienie tego nerwu. Wycięto w zdrowych tkankach zgrubiałą część nerwu (odcinek wycięty długości 6 cm). Końce nerwu zeszyto. Po zabiegu wystąpił niedowład, który obecnie ustąpił. Badanie drobnowidowe usuniętego guza wykazało nerwiaka.

Nerwiaki pojedyńczych nerwów, pomijając przypadki choroby Recklinghausena, spotykane są wogóle rzadko. Skubiszewski w r. 1930 zebrał 16 przypadków (w 4 przypadkach nerwiaki nerwu pośrodkowego). Doniedawna sądzono, że są to guzy dobrotliwe, ostatnio jednak spostrzegano przerzuty. Ponadto guzy te występują w rodzinach, w których inni członkowie chorowali na nowotwory złośliwe, jak to zresztą było u demonstrowanej chorej.

VI. Chory R. Przed 6 miesiącami na skutek zranienia nożem ramienia wystąpił niedowład w zakresie nerwu pośrodkowego w ciężkim stopniu. Prócz tego stwierdzono na trzecim paliczku niegojące się owrzodzenie wskutek oparzenia *(anaestesia)*. Wykonano szew nerwu. Obecnie niedowład ustępuje, owrzodzenie szybko się goi.

5. Prof. Dr. K. M i c h e j d a *wygłosił referat p. t.: „Wczesne rozpoznanie nowotworów złośliwych* (referat oddany do druku).

W dyskusji: Prof. P e ł c z a r zaznacza, że zdziwiła go śmiałość postawienia tezy tematu „wczesne“ i zapytuje, w jakich granicach prelegent rozumie wczesność rozpoznania nowotworów złośliwych. Łatwe jest rozpoznanie nowotworów dostępnych badaniu, lecz o wiele trudniej przedstawia się sprawa z rozpoznaniem nowotworów umieszczonych wewnątrz, a już bardzo trudno mówić tu o wczesności, biorąc pod uwagę, że też badanie histopatologiczne we wczesnym okresie niezawsze daje nam ostateczną odpowiedź. Na nowotwór należy zapatrywać się, jako na sprawę ogólnego schorzenia organizmu, jako na „chorobę rakową“

i w związku z tem na rozsianie ognisk nowotworowych. Badania serologiczne, zdaniem prof. Pelczara, niemałą mogą oddać usługę przy wczesnem rozpoznaniu nowotworów, biorąc pod uwagę, że już w 14 dni po minimalnej dawce podanego antygenu możemy wykryć niedostępny jeszcze do badania nowotwór. Mimo wszystko laparotomja próbna, jako sposób wczesnego rozpoznania nowotworów w jamie brzusznej i szerokość jej stosowania, to jedyny nakaz, zdaniem prof. Pelczara, doby obecnej.

Prof. Januszkiewicz zgadza się z wywodami prelegenta, ale żądania wyrażone w referacie niezawsze dadzą się w dzisiejszym stanie wiedzy urzeczywistnić, biorąc np. pod uwagę, że tylko 70% chorych na nowotwór żołądka daje dodatnią próbę na krew utajoną, zaś 30% do dość późnego okresu ujemną. Nowotwory usadowione na krzywiźnie małej, dnie żołądka a często i na odźwierniku obmacywaniem trudno dają się wybadać, zaś w przebiegu klinicznym nieżyty bezkwaśne, bezsoczność żołądka zacierają nam dobrą diagnozę. Próbna laparotomja we wczesnym okresie też niezawsze daje dodatnie wyniki, mimo to musi być ona stosowana. Późnym jest również okres w rozwoju nowotworu, kiedy sprawa zaczyna się uogólniać na cały organizm, wytwarzając antygen, dający dodatnią próbę biologiczną.

Prof. Michejda na zapytanie, w jakiej granicy mówił o wczesnem rozpoznaniu, *odpowiedział następująco:* wczesne rozpoznanie rozumie w granicach, w jakich to klinicznie jest możliwem do osiągnięcia i potrzebnem do przeprowadzenia racjonalnego leczenia. Ponieważ tylko metody klinicznego badania mogą w obecnym stanie wiedzy wskazać na istnienie i usadowienie nowotworu, przeto zależało mu na podkreśleniu znaczenia tych właśnie metod badania, tem bardziej, że rozwój techniczny diagnostyki odsunął w cień najprostsze metody, bez wyzyskania których nie wyobraża sobie racjonalnego pokierowania dalszem badaniem i leczeniem.

Sekretarz stały: *A. Safarewicz.*
Sekretarz: *E. Gerlée.*

Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku.

Dnia 24 stycznia b. r. odbyło się w Katowicach posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarzy Polaków na Śląsku.

Po otwarciu posiedzenia, Dr. Wilimowski prezes Tow., *pokazuje przypadek osteo-chondro-sarcoma* olbrzymich rozmiarów, operowany w Szpitalu Miejskim w Katowicach oraz przypadek wady rozwojowej, a mianowicie *brak przedramienia prawego,* z zaznaczonemi zawiązkami palców. Następnie Kol. Wędlikowski *omawia operowany przez siebie przypadek ciąży pozamacicznej, przenoszonej (11 miesięcy).* Łożysko usadowione było na sieci, oddzielone zupełnie od jelit. Płód lekko zmacerowany, wagi 3600 g. Ostatnie ruchy płodu odczuwała matka z końcem listopada ub. r.

Po pokazach kol. Hanke, *wygłosił odczyt p. t.: „Związek między medycyną śląską a medycyną reszty Polski w dawnych wiekach“.*

Prelegent podkreśla, że sztuka lekarska zaczęła się rozwijać na Śląsku z chwilą sprowadzenia przez Kazimierza Odnowiciela w r. 1044 klasztoru Benedyktynów do Wrocławia. Pierwotnych zaczątków ludowej sztuki leczniczej dopatrywać się można, podobnie jak w innych krajach słowiańskich, znacznie wcześniej; z urządzeń sanitarnych spotykamy od najdawniejszych wieków łaźnie publiczne, zakładane bądźto przy klasztorach, bądź też przez gminy i miasta. Zwyczaj kąpieli ginąć zaczyna dopiero z początkiem XVII w. Wśród sprowadzonych na Śląsk Benedyktynów wielu posiadało już ukończone zagraniczne szkoły lekarskie. W wieku XIII—XVII liczba lekarzy śląskich, których nazwiska spotkać można w starych kronikach wynosi 31. Studja lekarskie kończyli lekarze śląscy przeważnie w Bolonji i Padwie, a po utworzeniu przez Kazimierza Wielkiego Akademji Krakowskiej, w Krakowie. Na studjach tych spotykali się z rodakami spoza Śląska, przez co nawiązana zostaje ścisła styczność między medycyną śląską a medycyną polską.

Ślązacy byli jednak nietylko studentami Uniw. Jagiellońskiego. Wielu wśród nich spotykamy jako późniejszych wykładowców, a nawet rektorów zarówno Uniwersytetu w Krakowie, jak i uniwersytetów zagranicznych w Bolonji, a przedewszystkiem Padwie.

Ślązaczce również, niejakiej Sibilli Dorocie, w r. 1590 przypadł zaszczyt wydania pierwszego podręcznika położnictwa.

Bardzo interesująco i barwnie przedstawia następnie prelegent koleje losu Ślązaka, studjującego medycynę w Uniwersytecie Krakowskim, aż do osiągnięcia ostatecznego celu.

Stałe i bezpośrednie współżycie studentów Ślązaków z rodakami spoza Śląska, czyto na studjach w Krakowie, czy zagranicą, musiało z konieczności wywrzeć duży wpływ na zespolenie i ścisły związek medycyny śląskiej z medycyną Macierzy. Nic więc dziwnego, że, kiedy zaborcy zbudowali między Śląskiem a resztą Polski mur graniczny, dążność do zachowania dalszego związku nie ustawała. Spotykamy Ślązaków w Warszawskiem Tow. Lekarskiem, którego jednym z założycieli był Dr. Jan Theiner z Pszczyny. Nadto spotykamy nietylko bojowców o utrzymanie duchowej łączności między medycyną macierzystą a śląską, lecz także ludzi, którzy postawili sobie za cel złączenie Śląska z oswobodzoną Macierzą. Okres ten zakończyła, krwią pieczętując związek między śląską a medycyną reszty Polski, męczeńska śmierć Dr. Mięleckiego z Katowic i Styczyńskiego z Gliwic.

A. Donhaiser (Katowice).

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr. Franciszek Biłas zmarł we Lwowie w wieku 25 lat.

Dr. Edward Gliksman z Otwocka zmarł w Kopenhadze podczas powrotu z Ameryki. Liczył lat 68.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

V Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 21 lutego 1936. Porządek dzienny: 1) Kol. Falkiewicz Antoni: Przypadek srebrzycy ogólnej (demonstr.). 2) Kol. Żurowski: Przypadek guza limfatyczno-nabłonkowego (Schminke'go) migdałka (demonstr.). 3) Kol. Leszczyński i Kol. Tomanek: Badania nad metamerycznemi odczynami skórnemi po bodźcach skórnych.

Polskie Lek. Tow. Radjolog. i Fizjoterapeutyczne. LXXXIX posiedzenie naukowe Warszawskiego Koła Radjologów odbyło się dnia 21 lutego b. r. Porządek dzienny: 1) Grynkraut B.: 2 przypadki os. trigoni. 2) Trzaskowski St.: Badanie radjologiczne przewodu nerwu wzrokowego. 3) Matuszek E.: O ciałach obcych lekkoatomowych w przewodzie pokarmowym. 4) Brand J.: a) przepuklina przeponowa żołądka, b) przypadek nawykowego zwichnięcia stawów żuchwowych. 5) Mroczkowski M.: Przypadek zwapnień w śledzionie.

I Zjazd Neurologów i Psychjatrów Ziem Słowiańskich odbędzie się w czasie od dnia 30 maja do 3 czerwca b. r. w Warszawie.

II Międzynarodowy Kongres Higjeny Psychicznej odbędzie się w czasie od dnia 27—31 lipca 1936 r. w Paryżu.

Międzynarodowe Towarzystwo Medycyny Fizycznej i Fizjoterapji organizuje VI Międzynarodowy Kongres Medycyny Fizycznej w dniach od 12—16 maja b. r. w Londynie. Informacje: *Dr. A. Eidinow, 4, Upper Wimpole street, Londres, W. 1.*

II Międzynarodowy Kongres dla rozpoznawania chorób z tęczówki odbędzie się w Norymberdze (Nürnberg) w dniach 28 i 29 maja b. r. Rozpatrzone będą następujące sprawy: 1. Rozpoznawanie z tęczówki w ramach ogólnego rozpoznawania. 2. Rozpoznawanie z tęczówki schorzeń przewodu pokarmowego. Uczestników oczekuje szereg atrakcyj np. między innemi wystawa „Przyroda i Lud“. Zgłoszenia: *J. Steen, Dresden A 24, Leubnitzerstr. 2.*

Różne.

Jugosławja.

W pięćdziesięciolecie I kongresu odbytego w Biarritz w r. 1886 odbędzie się w dniach od 25—29 września 1936 r. w Białogrodzie XV Kongres Międzynarodowy Hydro-Klimato- i Geologji Lekarskiej. Książę regent Paweł objął protektorat, zaś prof. R. Stankevič honorowe przewodnictwo. Sekretarzem generalnym jest prof. dr. Neskovič, Białogród, ul. Nemanzina l. 42. Tematami głównemi są: 1) leczenie zdrojowe cukrzycy, 2) kilka nowych problemów w biofizyce wody, 3) wpływy klimatyczne w leczeniu młodzieży dorastającej, 4) geologja uzdrowisk jugosławiańskich.

Rumunja.

W Kiszyniewie otwarto Instytut dla badań i zwalczania starości. Kierownikiem Instytutu został dr. D. Kotsovsky.

Z k r a j u.

C h o r o b y z a k a ź n e w P o l s c e w czasie od 15 do 31 grudnia 1935 roku.

Choroby	Tydzień 51 15–21/XII	Tydzień 52 22—28/XII	Tydzień 53 29–31/XII
Dżuma	—	—	—
Ospa	—	—	—
Cholera azjatycka	—	—	—
Dur brzuszny	259 *33*	142 *20*	111 *10*
Dury rzekome	—	1	1
Dur plamisty	73 *6*	21 *3*	14 *2*
Dur powrotny	—	—	—
Czerwonka	8 *1*	3	—
Płonica	463 *23*	301 *26*	190 *10*
Błonica	496 *26*	332 *20*	204 *13*
Nagm. zap. opon mózg.-rdz.	19 *2*	12 *1*	*2*
Odra	810 *4*	477 *1*	247
Róża	117 *1*	76 *5*	87 *4*
Krztusiec	134 *7*	81 *26*	44 *6*
Zimnica	—	—	—
Zakażenie połogowe	47 *12*	27 *6*	9 *2*
Trąd	—	—	—
Jaglica	335	225	169
Wąglik	3	—	—
Nosacizna	—	—	—
Włośnica	—	—	1
Wścieklizna	*1*	—	—
Zakażenie kiełbasiane	—	—	—
Choroba Heine-Medina	—	1	1
Nagm. zap. mózgu	—	—	—
Twardziel	1	2	—

Liczby drukiem pochylonym oznaczają zgony.

A n g l j a.

W Anglji powstało zrzeszenie lekarzy fabrycznych *(Association of Industrial Medical Officers)*, grupujące lekarzy fabrycznych, urzędowych i prywatnych. Zadaniem stowarzyszenia jest wymiana doświadczeń pomiędzy poszczególnemi zakładami przemysłowemi w zakresie ochrony zdrowia, zapobiegania chorobom zawodowym i wypadkom przy pracy.

Obliczają, że w Anglji w ciągu lata zdarza się 80 miljonów zakatarzeń, czemu sprzyja zwyczaj spania przy otwartych oknach i podleganie zmiennej ciepłocie. Koszty leczenia wynoszą 5 miljonów funtów szterlingów rocznie. Pn. Amerykę zaś „katar kosztuje" podobno 2 miljony dolarów rocznie.

N i e m c y.

Urząd kobiecy Niemieckiego Frontu Pracy stworzył na nowych podstawach organizację opiekunek fabrycznych. Zadaniem tej organizacji jest podniesienie kultury zdrowotnej i obyczajowej ludności robotniczej. Opiekunkami fabrycznemi mogą być kobiety, które przepracowały w fabryce 4 lata i dzięki temu poznały praktycznie charakter tej pracy. Następnie kandydatki przechodzą odpowiednie wyszkolenie. Działalność ich polega na udzielaniu robotnicom różnorodnych porad, zarówno w warsztacie, jak w domu, organizowaniu kantyn fabrycznych, opiece nad matką i dzieckiem, uświadamianiu o sposobach ochrony zdrowia i t. p. Instytucja opiekunek jest jedną z nowych, interesujących prób usprawnienia akcji higjeny pracy w przemyśle niemieckim.

H o l a n d j a.

W Holandji postanowiono wszcząć walkę z chorobami wenerycznemi metodami zastosowanemi do charakteru narodu. Licząc się z wielkiem poczuciem wolności i nienawiści wszelkich przymuszeń, stworzono system dobrowolnego leczenia się w poradniach i ośrodkach, które przyjmują chorych w godzinach wieczornych. Chorzy pewni, że nie będą podlegać przymusowi i karom poddają się chętnie leczeniu. Pozatem stosuje się propagandę i pouczanie zapomocą odczytów, kinematografji i in. Wyniki są bardzo zachęcające.

P a l e s t y n a.

Światowy Kongres Lekarzy-Żydów odbędzie się dnia 21 kwietnia 1936 r. w Jerozolimie. Tematami Kongresu będą: 1) sprawa zdrowotności narodu żydowskiego w poszczególnych państwach, 2) lekarze i studenci medycyny — Żydzi w Niemczech i innych państwach, 3) sprawa rasizmu.

Z e ś w i a t a.

La Presse Méd. Nr. 13/36 podaje statystykę śmiertelności spowodu gruźlicy w Budapeszcie za lata 1921—1934, z której wynika, że śmiertelność Żydów stanowi mniejwięcej 37% śmiertelności chrześcijan żyjących w tych samych warunkach. Szczególnym trafem ten sam procent śmiertelności dotyczy Żydów w Warszawie, Łodzi i Białymstoku, chociaż ich stan materjalny jest znacznie gorszy, niż Żydów budapeszteńskich. Statystyka Tunisu i Nowego Yorku wykazuje, że mimo poprawy stosunków materjalnych śmiertelność Żydów się zwiększa. Autor sądzi, że u Żydów jest wrodzona odporność, która pod wpływem zmienionych warunków ekonomicznych raczej słabnie. Śmiertelność spowodu gruźlicy w Budapeszcie: 1921 r. chrześcijan 43,4, Żydów 19,7; 1924 r. chrześcijan 46,4, Żydów 19,7; 1928 r. chrześcijan 31,0, Żydów 16,0; 1932 r. chrześcijan 24,1, Żydów 11,4; 1934 r. chrześcijan 19,5, Żydów 10,8 (na 10.000).

Komunikaty.

S u b w e n c j e n a b a d a n i a r a k a i c h o r ó b w e n e r y c z n y c h. Polska Akademja Umiejętności rozda w kwietniu b. r., z funduszu ś. p. Pawła T y s z k o w s k i e g o subwencje na rok 1936 na badania przyrodnicze i lekarskie, przedewszystkiem mające łączność z poznaniem istoty choroby raka i chorób wenerycznych lub ich leczeniem. Zgłaszający się o subwencje powinni wykazać, iż umieją pracować samodzielnie naukowo i dołączyć spis, albo odbitki prac już drukowanych. W podaniu podany być musi temat i plan zamierzonej pracy oraz kwota potrzebna do jej wykonania. Pierwszeństwo mają prace o charakterze doświadczalnym. W bardzo wyjątkowych wypadkach może Komitet zezwolić na wykonywanie pracy subwencjonowanej zagranicą, lecz subwencja nie może służyć na pokrycie kosztów podróży i utrzymania. Ubiegający się o subwencje mają wnosić podania do Polskiej Akademji Umiejętności do dnia 15 marca 1936. Ze względu na zmniejszone dochody funduszu w obecnym roku będą przyznane subwencje tylko na podania bardzo silnie dotychczasowym dorobkiem naukowym petentów uzasadnione.

W i e d e ń s k i W y d z i a ł L e k a r s k i urządza w czasie od 4—16 maja b. r. 57 Międzynarodowy Kurs Dokształcający z zakresu chorób wewnętrznych. Opłata za kurs wynosi 50 S. W czasie trwania kursu odbędą się grupowe kursy specjalne z ginekologji, dermatologji, pedjatrji za osobną opłatą. Informacyj udzieli *Dr. A. Kronfeld, Wiedeń, IX., Porzellangasse 22.*

S t o w a r z y s z e n i e L e k a r z y W y b r z e ż a Ś r ó d z i e m n o m o r s k i e g o urządza od 12—19 kwietnia b. r. wycieczkę. Przewidziane jest zwiedzenie wielu osobliwości. Po informacje należy się zwracać do Sekretarjatu Stowarzyszenia: *24, rue Verdi, Nicea.*

Redakcja otrzymała:

G. Portmann i H. Retrouvey: Les voies aériennes et la tuberculose. Wyd. Masson et Cie, 1936.

G. Carrière i Cl. Huriez: Le sang des hypertendus. Wyd. G. Doin et Cie, Paryż 1936.

E. Sonnenberg: Neuf ans de traitement préventif bismuthique de la syphilis. Odb. z „Bulletin de l'Académie de Médecine". Pos. z dn. 5. XI. 1935. T. 114. Nr. 35. Str. 373. Paryż.

Darier, Sabouraud, Gougerot, Milian, Poutrier, Ravaut, Sézary, Cl. Simon: Nouvelle pratique dermatologique. T. I i II. Wyd. Masson et Cie, Paryż 1936. (Cena za całość w przedpłacie do 31. III. 1936 2.000 fr. fr. płatne zgóry. Poszczególne tomy po 300 fr. fr. Całość składa się z 8 tomów).

H. Heusser: Die Erkennung und Behandlung des akuten Darmverschlusses (Vorträge aus des praktischen Chirurgie. Z. 6. 1936). Wyd. F. Enke. Stuttgart.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.